

# REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

SPANISH JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

Nº 19 DICIEMBRE 2023

## EDITORIAL

**Afrontar el reto de la transformación del sistema sanitario en España**

Dr. D. Rafael Bengoa Rentería

## ARTÍCULOS ORIGINALES

**Evaluación del nivel de salud mental positiva en pacientes con diagnóstico de salud mental, atendidos en el ámbito hospitalario de agudos**

Sergio Piñar-Rodríguez, Montserrat Puig-Llobet, Dolores Rodríguez Martín, Diana Tolosa-Merlos, David Corcoles-Martínez

**Evaluación del “Programa de habilidades psicosociales básicas para el empoderamiento de mujeres víctimas de violencia de género”: aproximación mediante un estudio mixto**

Carla López Jarillo, Vanessa Sánchez Martínez, Eva Ojeda Rodríguez, Valentina Vivas Rodríguez

**Impacto del modelo de gestión de casos en salud mental en la mejora de los indicadores de atención de salud**

María Rosario Valera Fernández, Laura Ojeda Díaz, Jorge David Jiménez Jiménez, María Roviralta Vilella, Regina Carreras Salvador

**Intervención enfermera: acompañando en la comunidad tras un ingreso hospitalario en Nou Barris (Barcelona)**

Aïda Navarro Jardí, Raquel Querol Girona, Helena Batlle Lleal, Laura Molina Martínez, Alejandro Marieges Gordo

AEESME



## CONSEJO DE REDACCIÓN

### Directora

**Dra. Vanessa Sánchez Martínez**, Enfermera especialista en salud mental y licenciada en Antropología. Profesora en la Universidad de Valencia (España).

### Editor

**Dr. Carlos Aguilera-Serrano**, Enfermero especialista en salud mental y licenciado en Antropología. Enfermero en el Servicio Andaluz de Salud y Profesor en la Universidad de Málaga (España).

### Editora Asociada

**Dra. Rocío Juliá-Sanchis**, Enfermera. Profesora en la Universidad de Alicante (España).

## COMITE EDITORIAL

Magdalena Agüero Caro, *Centro Universitario de Ciencia, Investigación y Formación para el Emprendimiento de México. México.*

Nuria Albacar Rioboo, *Universitat Rovira Virgili. Tarragona, España.*  
Aurora Alés Portillo, *Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, España.*

Rosamaría Alberdi Castell, *Universitat de les Illes Balears, España.*  
Ángel Asenjo Esteve, *Universidad de Alcalá (Madrid), España.*

David Ballester Ferrando, *Departamento de Enfermería. Universidad de Gerona, España.*

Juan Carlos Bermudo Romero, *Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Málaga, España.*

Julián Carretero Román, *Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid, España.*

José Carlos Carvalho, *Escola Superior Enfermagem Do Porto. Oporto, Portugal.*

Francisco Javier-Castro Molina, *Universidad de La Laguna. Tenerife, España.*

Geílsa Soraia Cavalcanti Valente, *Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil.*

Manuel Luis Cibanal Juan, *Universitat D'Alacant, España.*

Daniel Cuesta Lozano, *Universidad de Alcalá (Madrid), España.*

M<sup>a</sup> Elena Fernández Martínez, *Universidad de León, España.*

Joana Fornés Vives, *Universitat de les Illes Balears, España.*

Denisse Gastaldo, *University of Toronto, Canadá.*

Crispín Gigante Pérez, *Universidad de Alcalá (Madrid), España.*

Francisco Jaime Jiménez, *Servicio Andaluz de Salud. Málaga, España.*

Sergio Ladrón Arana, *Servicio Navarro de Salud. Pamplona, España.*

Juan Laguna Parras, *Servicio Andaluz de Salud. Jaén, España.*

María Teresa Lluch Canut, *Universitat de Barcelona. España.*

José Ramón Martínez Riera, *Universitat d'Alacant. España.*

Francisco Megías Lizancos, *Universidad de Alcalá (Madrid), España.*

María Paz Mompert García, *Universidad de Castilla-La Mancha. España.*

Antonio Moreno Poyato, *Escola Superior d'Infermeria. Hospital del Mar. Barcelona, España.*

Germán Pacheco Borrella, *Servicio Andaluz de Salud. Jerez de la Frontera (Cádiz), España.*

Antonio Porras Cabrera, *Universidad de Málaga. España.*

Assumpta Rigol Cuadra, *Universitat de Barcelona. España.*

Juan Roldán Merino, *Campus Docent Sant Joan de Déu. Barcelona, España.*

Carlos Alberto da Cruz Sequeira, *Escola Superior De Enfermagem Do Porto. Oporto, Portugal.*

Francisco Ventosa Esquinaldo, *Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios. Universidad de Sevilla. España.*

Bernardo Vila Blasco, *Universidad de Málaga. España.*

## OFICINA EDITORIAL

### ENVÍO DE MANUSCRITOS Y REVISIÓN POR PARES

Revista Española de Enfermería de Salud Mental (REESME)

Editada en Madrid (España) por la

Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME)

Revista Española de Enfermería de Salud Mental

(Spanish Journal of Mental Health Nursing)

Dirección: C/ Gallur 455, Local 14. 28047 Madrid

Teléfono: (+34) 91 465 75 61

Fax: (+34) 91 465 94 58

Email: reesme@reesme.com

www.reesme.com

## JUNTA DIRECTIVA DE AEESME

### Presidente

D. Francisco Megías Lizancos

### Vicepresidenta

Dña. Mercedes Leonor Tormo Postigo

### Secretario

D. Carlos Aguilera-Serrano

### Tesorera

Esther Vivanco González

### Vocales

Dña. Lidia Martínez López

Dña. Laura Jardón Golmar

Dña. Rocío Pérez Campina

Dña. Uxua Lazkanotegi Matxiarena

Dña. María González Cid

© AEESME, 2023

ISSN: 2530-6707



# ÍNDICE

---

## EDITORIAL

- 2** **Afrontar el reto de la transformación del sistema sanitario en España**  
*Meeting the challenge of health system transformation in Spain*  
Dr. D. Rafael Bengoa Rentería

## ARTÍCULOS ORIGINALES

- 3** **Evaluación del nivel de salud mental positiva en pacientes con diagnóstico de salud mental, atendidos en el ámbito hospitalario de agudos**  
*Evaluation of the level of positive mental health in patients diagnosed with mental health conditions, treated in acute hospital settings*  
Sergio Piñar-Rodríguez, Montserrat Puig-Llobet, Dolores Rodríguez Martín, Diana Tolosa-Merlos, David Corcoles-Martínez
- 11** **Evaluación del "Programa de habilidades psicosociales básicas para el empoderamiento de mujeres víctimas de violencia de género": aproximación mediante un estudio mixto**  
*Evaluation of the "Basic psychosocial skills program for the empowerment of women victims of gender-based violence": An approach through a mixed methods study*  
Carla López Jarillo, Vanessa Sánchez Martínez, Eva Ojeda Rodríguez, Valentina Vivas Rodríguez
- 21** **Impacto del modelo de gestión de casos en salud mental en la mejora de los indicadores de atención de salud**  
*Impact of the mental health case management model on the improvement of health care indicators*  
María Rosario Valera Fernández, Laura Ojeda Díaz, Jorge David Jiménez Jiménez, María Roviralta Vilella, Regina Carreras Salvador
- 26** **Intervención enfermera: acompañando en la comunidad tras un ingreso hospitalario en Nou Barris (Barcelona)**  
*Nursing intervention: Accompanying in the community after a hospital admission in Nou Barris, Barcelona*  
Aïda Navarro Jardí, Raquel Querol Girona, Helena Batlle Lleal, Laura Molina Martínez, Alejandro Marieges Gordo

# Afrontar el reto de la transformación del sistema sanitario en España

Meeting the challenge of health system transformation in Spain

**Dr. D. Rafael Bengoa Rentería**

Exdirector de sistemas de salud OMS y exconsejero de sanidad del Gobierno Vasco.

EDITORIAL

En España, 10 millones de personas vivirán con una enfermedad compleja en el año 2040. Serán 2 millones más que en el año 2019. En consecuencia, se estima que la demanda sobre el sistema sanitario público crecerá un 20 % en esta década. Las enfermedades complejas son de todas las edades, incluyendo la salud mental, que conforma una parte importante de ese crecimiento.

España debe prepararse mejor para ese reto, un reto que exige servicios sociosanitarios bien coordinados en una trayectoria digna para esas personas con problemas de salud mental y otras cronicidades.

España ha invertido más en sanidad estos años, pero ha servido para combatir la pandemia, no para fortalecer el Sistema Nacional de Salud en relación con sus problemas estructurales. Uno de esos problemas es precisamente la fragmentación entre sanidad y servicios sociales y una mejor utilización de los profesionales de la salud. En los próximos años, deberá invertir en ambos servicios y en su coordinación para estar en el ranking europeo donde le corresponde con países comparables.

Sin embargo, el problema no es solo uno de inversión, sino de transformación. El modelo asistencial actual es pasivo, poco proactivo y preventivo: eso no se arregla con más hospitales, sino con un enfoque mucho más comunitario, centrado en atención primaria y en la coordinación con servicios sociales.

Lo positivo actualmente es que la evidencia indica que ese movimiento hacia una atención más poblacional, preventiva y comunitaria es más eficaz y eficiente y que ayudará a que el sistema sociosanitario sea más sostenible, un factor clave para las decisiones económicas que es necesario tomar.

Otros países europeos ya están reaccionando a esa evidencia y redirigen los recursos en esa dirección. La salud mental ya inició hace tiempo ese trayecto hacia lo comunitario, pero hoy se necesita acelerar el paso y operacionalizar la conexión con servicios sociales precisamente por la magnitud del reto de los que se podría llamar los *policrónicos*.

La forma organizativa que da forma a este cambio es el aumento de servicios de *home care*, algunos facilitados por las nuevas tecnologías, pero sobre todo por la enfermería comunitaria, incluida la de salud mental. Poco a poco, el mundo de la gestión se interesa más en gestionar la “cama” en los domicilios, más que en la obsesión de gestionar camas hospitalarias.

Esta transformación ya es política sanitaria en EE. UU., Australia, Inglaterra, Nueva Zelanda, Suecia y Dinamarca. Recibe nombres diferentes como *virtual wards*, *home-based care* y *domiciliary care*. Es un momento de cambio y una enorme oportunidad para la enfermería.



# Evaluación del nivel de salud mental positiva en pacientes con diagnóstico de salud mental, atendidos en el ámbito hospitalario de agudos

Evaluation of the level of positive mental health in patients diagnosed with mental health conditions, treated in acute hospital settings

Sergio Piñar-Rodríguez<sup>1</sup>, Montserrat Puig-Llobet<sup>2</sup>, Dolores Rodríguez Martín<sup>2</sup>,  
Diana Tolosa-Merlos<sup>1</sup>, David Corcoles-Martínez<sup>1</sup>

1. Instituto de Salud Mental del Hospital del Mar. Barcelona, España.

2. Facultad de Enfermería de la Universidad de Barcelona. Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España.

Contacto: Sergio Piñar Rodríguez, spinar@psmar.cat

Fecha de recepción: 26 de agosto de 2023 / Fecha de aceptación: 9 de octubre de 2023

## Resumen

**Introducción:** La salud mental se considera un estado de salud y de bienestar general. Nuestro estudio se centró en el modelo multifactorial de salud mental positiva de Lluch, formado por 6 factores: satisfacción personal, actitud pro-social, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y autoactualización y habilidades de relación interpersonal.

**Objetivo:** Evaluar el nivel de salud mental positiva en pacientes con diagnóstico de salud mental atendidos en el ámbito hospitalario de agudos.

**Método:** Se trata de un estudio con diseño descriptivo transversal. Para medir la salud mental positiva de los pacientes con diagnóstico de salud mental, se utilizó el cuestionario de salud mental positiva de Lluch y se realizó una evaluación global y de cada uno de los seis factores. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas y se realizaron análisis descriptivos y correlacionales.

**Resultados:** La muestra estuvo formada por 61 participantes. La puntuación media del cuestionario de salud mental positiva fue de 96.16. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación con variables sociodemográficas y clínicas a nivel individual de los 6 factores de salud mental positiva, pero no a nivel global.

**Conclusión:** Los resultados globales del cuestionario de salud mental positiva obtenidos sugieren que los pacientes de nuestra muestra presentan niveles moderados. Conocer el nivel de salud mental positiva que tienen los pacientes durante su ingreso nos aporta información para diseñar intervenciones específicas para su mejora, ya que los niveles son más bajos en pacientes con trastornos mentales que en la población general.

*Palabras clave:* salud mental positiva, diagnóstico de salud mental, hospitalización de agudos.

## Abstract

**Introduction:** Mental health is considered a state of overall health and well-being. Our study focused on Lluch's multifactorial model of positive mental health, consisting of six factors: personal satisfaction, prosocial attitude, self-control, autonomy, problem-solving, self-actualization, and interpersonal relationship skills.

**Objective:** To assess the level of positive mental health in patients diagnosed with mental health conditions treated in the acute hospital setting.

**Method:** This is a descriptive cross-sectional study. To measure the positive mental health of patients diagnosed with mental health conditions, Lluch's Positive Mental Health Questionnaire was used, and an overall evaluation as well as an assessment of each of the six factors were conducted. Sociodemographic and clinical variables were collected, and descriptive and correlational analyses were performed.

**Results:** The sample consisted of 61 participants. The average score on the Positive Mental Health Questionnaire was 96.16. Statistically significant differences were observed in relation to sociodemographic and clinical variables at an individual level for the six factors of positive mental health, but not at a global level.

**Conclusion:** The overall results of the obtained Positive Mental Health Questionnaire scores suggest that patients in our sample exhibit moderate levels of positive mental health. Understanding the level of positive mental health that

patients have during their hospitalization provides us with information to design specific interventions to enhance positive mental health, as levels are lower in patients with mental disorders compared to the general population

*Keywords:* Keywords: positive mental health, mental health diagnosis, acute hospitalization.

## Introducción

Actualmente, la salud mental se considera un estado de salud y de bienestar general. Pero para mantener una buena salud mental entran en juego múltiples determinantes tanto individuales, como familiares y sociales. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es: “un estado de bienestar en el que cada individuo se da cuenta de su propio potencial, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar de manera productiva y fructífera, y puede contribuir a su comunidad”<sup>1</sup>. El concepto de bienestar se relaciona con experiencias subjetivas, como son la capacidad de obtener placer y satisfacción con la vida y un funcionamiento psicológico y social aceptable<sup>2</sup>. Así que los pacientes con problemas de salud mental tienen dificultad para conseguir y/o mantener un correcto bienestar psicológico.

La noción de salud mental positiva (SMP) hace su entrada en la literatura gracias al trabajo de Maria Jahoda (1958)<sup>3</sup>, cuando recibe un encargo de la Joint Commission on Mental Illness and Health (Comisión Conjunta sobre Enfermedad y Salud Mental) para elaborar un informe sobre el estado de la salud mental. A raíz de este proyecto, se desarrolló un modelo que consta de seis dominios y una serie de subdominios relacionados que tienen la capacidad de caracterizar la SMP de las personas, independientemente de si están en buen estado de salud o padecen alguna enfermedad mental. Posteriormente fue la doctora Lluch-Canut (1999) quien adapta y evalúa el modelo de SMP de Jahoda y propone un modelo Multifactorial de SMP, considerando que hay una relación estrecha entre la salud física y la salud mental, planteando la salud desde una visión holística<sup>4</sup>. El constructo de SMP propuesto por Lluch-Canut se compone por seis factores interrelacionados: F1-Satisfacción personal (F1), F2-Actitud prosocial (F2), F3-Autocontrol (F3), F4-Autonomía (F4), F5-Resolución de problemas y autorrealización (F5) y F6-Habilidades de relación interpersonal (F6). Para evaluar este modelo multifactorial, Lluch creó el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSMP).

El CSMP ha sido utilizado en diversos estudios y ámbitos: en pacientes con esquizofrenia<sup>5-7</sup>, en pacien-

tes crónicos<sup>8-10</sup>, en cuidadores de pacientes con esquizofrenia<sup>11</sup>, profesionales de los servicios médicos de urgencias móviles<sup>12</sup>, en estudiantes universitarios<sup>13,14</sup> y profesores universitarios<sup>15</sup>. El cuestionario también se ha traducido al portugués<sup>16</sup> y al turco<sup>17</sup>.

## Justificación

La mayoría de las enfermedades mentales están vinculadas a una morbilidad y mortalidad médica significativas, lo que puede reducir la esperanza de vida de una persona entre 15 y 30 años en comparación con la población general<sup>18</sup>. Además, los trastornos mentales de diversa índole se asocian con un mayor riesgo de desarrollar una amplia variedad de afecciones físicas crónicas<sup>19</sup>. Por este motivo, existe un creciente interés en evaluar la salud mental y física en pacientes con enfermedades mentales, con el propósito de comprender mejor la relación entre ambas dimensiones.

Nuestra hipótesis de estudio se fundamentó en la idea que un elevado nivel de SMP en pacientes de salud mental que se encuentran en un ámbito hospitalario de agudos podría predecir una evolución más favorable y un seguimiento más exitoso en la comunidad. Por consiguiente, resulta esencial conocer la SMP en personas con enfermedades mentales, ya que esto permitirá a los profesionales comprender de manera más precisa las necesidades específicas y llevar a cabo iniciativas, tanto de promoción como de prevención, destinadas a mejorar tanto su salud mental como su salud física.

El objetivo de estudio se centró en evaluar la salud mental positiva en pacientes con diagnóstico de salud mental atendidos en el ámbito hospitalario de agudos.

## Metodología

### *Diseño del estudio*

El diseño utilizado para este estudio fue observacional descriptivo y transversal, con un enfoque cuantitativo no experimental.

### *Población y muestra*

La población de estudio incluyó a 61 pacientes ingresados en diferentes hospitales de agudos del Instituto de Salud Mental del Hospital del Mar, situado en la provincia de Barcelona (España). Los participantes se incorporaron en el estudio de manera progresiva, durante los meses que duró la recogida de la muestra (septiembre de 2022 a enero de 2023), participando de manera voluntaria y cumpliendo con los criterios de inclusión requeridos para su selección: adultos con diagnóstico de salud mental según el DSM-5<sup>20</sup>; pacientes ingresados en ese momento en la unidad de agudos y en fase de estabilización o recuperación del problema de salud mental. Los criterios de exclusión incluyeron: pacientes diagnosticados de discapacidad intelectual o cualquier tipo de trastorno mental orgánico, como demencia (DSM-5), problemas mentales inducidos por sustancias o mediación y pacientes en fase aguda en el momento de la evaluación.

### *Instrumentos de medida*

Para la medición de los datos sociodemográficos y clínicos se construyó un formulario *ad hoc*, construido con diferentes tipos de pregunta cerrada, según variables dicotómicas o múltiples. Para ello se recogieron las siguientes variables: edad en años, género, estado civil, grado de discapacidad, convivencia, situación laboral, diagnóstico e ingresos previos en agudos.

Para la medición de la SMP que se realizó a través del CSMP<sup>3</sup>, compuesto por 39 ítems, distribuidos de forma desigual entre los 6 factores que definen el constructo: F1-Satisfacción personal; F2-Actitud prosocial; F3-Autocontrol; F4-Autonomía; F5-Resolución de problemas y autoactualización, y F6-Habilidades de relación interpersonal. Los ítems están formulados como afirmaciones (positivas y negativas) y la respuesta a cada ítem se valora en una escala de 1 a 4 puntos de acuerdo con el grado de frecuencia: siempre o casi siempre (4), con bastante frecuencia (3), algunas veces (2), nunca o casi nunca (1). Las puntuaciones permiten obtener un valor de SMP como medida única (con todos los ítems del cuestionario) y también valores específicos para cada factor. El cuestionario fue inicialmente validado en una población de estudiantes de enfermería con una muestra  $n = 387$ . Los valores psicométricos fueron favorables: a nivel de fiabilidad se obtuvieron valores alfa de Cronbach entre 0.89 y 0.90 y una correlación

test-retest de 0.85; el análisis factorial de componentes principales extrajo 6 factores que explicaron el 46 % de la varianza total y la carga factorial de todos los ítems fue superior a 0.40.

En la muestra de estudio también se analizaron las propiedades psicométricas. Se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach (consistencia interna), con una puntuación total de la escala que fue de 0.92 (para los 39 ítems de la escala); como este valor está cerca de 1, podemos indicar una excelente consistencia interna. Los valores para los diferentes factores fueron: F1 = 0.87; F2 = 0.57; F3 = 0.83; F4 = 0.76; F5 = 0.83 y F6 = 0.63.

### *Procedimiento*

A los participantes se les entregó un documento que contenía la información relevante y necesaria para la participación en el estudio. Las investigadoras/es que realizaron la recogida de datos informaban a los participantes sobre la naturaleza de este, así como de riesgos y beneficios, resolviendo dudas y preguntas que pudieran surgirles durante la cumplimentación del cuestionario de SMP.

### *Análisis estadísticos*

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de todas las variables incluidas, sociodemográficas y clínicas, mediante frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas, medidas de tendencia central (mediana) y medidas de dispersión (rango). Seguidamente se analizaron los valores descriptivos de la SMP global y por factores, y las relaciones con las variables sociodemográficas y clínicas, se realizaron pruebas no paramétricas al no ser de distribución normal las variables a estudio, utilizándose el test de U de Mann-Whitney cuando las variables tenían dos categorías y, si eran tres o más de tres grupos, la prueba de Kruskal-Wallis. Se trabajó con un nivel de confianza del 95 % y se consideró que la diferencia entre variables era significativa cuando el grado de significación ( $p$ ) es menor o igual a 0.05. Así mismo, se analizaron las propiedades psicométricas de validez y fiabilidad del cuestionario SMP, calculando la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach<sup>21</sup>. Se usó el paquete estadístico SPSS versión 23. (IBM® Statistical Package for the Social Sciences [SPSS])<sup>22</sup>.

### Consideraciones éticas

Se solicitó autorización al comité de ética e investigación clínica (CEIC) de la institución donde se llevó a cabo el estudio: Instituto de Salud Mental del Hospital del Mar. Los datos fueron tratados conforme a lo que dispone la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales<sup>23</sup>, con la intención de un seguimiento correcto y evolución del estudio. A los participantes se les asignó un número de identificación, en función de la evolución del estudio, no constando de este modo ningún dato de identificación personal. A todos los participantes se les solicitó la firma del consentimiento informado.

### Resultados

Un total de 61 pacientes participaron en este estudio, 31 fueron mujeres (50.8 %) y 30 hombres (49.2 %); la

edad media de la muestra fue de 41.15 años (DE 13.94). Porcentaje acumulado de edad del 75.4 % en edades comprendidas entre 19 a 50 años. El estado civil con mayor porcentaje fue de solteros/as en un 68.9 %; el 32.8 % de la muestra tiene un Grado de discapacidad reconocido; el 72.1 % vive acompañado de familia o amigos; el 27.9 % vivían solos/as y únicamente el 3.3 % estaba laboralmente activo.

En relación con los resultados clínicos de la muestra, encontramos que el 41 % habían ingresado como mínimo dos veces en una unidad de agudos de salud mental; el 32.8 % había realizado entre 3 y 6 ingresos y el 26.2 % más de 6 ingresos. El 50.8 % de la muestra presentaba una etiqueta diagnóstica de trastorno afectivo (trastorno depresivo y/o trastorno bipolar), un 27.9 % con diagnóstico de trastorno de la esfera psicótica y un 21.3 % con otros diagnósticos (trastorno de personalidad, trastorno de la esfera ansiosa y/o trastorno por consumo tóxicos) (tabla 1).

|   | n  | %    |
|---|----|------|
| <b>Media de edad 41.15 años</b>             |    |      |
| <b>Edad (en años)</b>                       |    |      |
| Hasta 35 años                               | 38 | 62.3 |
| 36 a 50 años                                | 15 | 24.6 |
| Más de 51 años                              | 8  | 13.1 |
| <b>Género</b>                               |    |      |
| Mujer                                       | 31 | 50.8 |
| Hombre                                      | 30 | 49.2 |
| <b>Estado Civil</b>                         |    |      |
| Soltera/o                                   | 42 | 68.9 |
| No soltera/o                                | 19 | 31.1 |
| <b>Ingresos previos al actual</b>           |    |      |
| Inferior a 2                                | 25 | 41   |
| Entre 3-6                                   | 20 | 32.8 |
| Más de 6                                    | 16 | 26.2 |
| <b>Trabajo actualmente</b>                  |    |      |
| Sí  | 2  | 3.3  |
| No  | 59 | 96.7 |
| <b>Grado de discapacidad</b>                |    |      |
| Sí  | 20 | 32.8 |
| No  | 41 | 67.2 |
| <b>Estudia actualmente</b>                  |    |      |
| Sí  | 9  | 14.8 |
| No  | 52 | 85.2 |
| <b>Vive sola/o</b>                          |    |      |
| Si  | 17 | 27.9 |
| Familia y/o amigas/os                       | 44 | 72.1 |
| <b>Etiqueta diagnóstica de salud mental</b> |    |      |
| Trastorno esfera psicótica                  | 17 | 27.9 |
| Trastornos afectivos                        | 31 | 50.8 |
| Otros                                       | 13 | 21.3 |

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de la población de estudio (n = 61)

La puntuación media de los pacientes estuvo situada en 96.16, siendo la puntuación mínima de 80 y la máxima de 121.

Las puntuaciones de las medianas más altas las presentaron las siguientes categorías: los pacientes con más de 51 años de edad, con un 98.5 (razón 17), respecto a pacientes con menos edad; mujeres con una mediana de 98 (razón 39); no ser soltero dentro de la muestra puntúa más alto, con mediana de 97 (razón 25); pacientes que viven con familia y/o amigos puntúan mejor, con un 97 (razón 41), los que tienen aprobado un grado de discapacidad puntúan más alto, con 97 (razón 30), respecto a los que no lo tienen aprobado; los que no trabajan tienen una mediana superior al resto, con un 97 (razón 41); pacientes con más de 6 ingresos presentan una mediana más alta, con un 98 (razón 22), respecto a los pacientes que ingresan entre 3-6 y los de menos de 2 ingresos; y finalmente los pacientes con medianas más altas fueron aquellos con un trastorno afectivo u otros trastornos, obteniendo una mediana de 97 (razón 28) y 97 (razón 18) respectivamente.

Al analizar la relación entre los factores del CSMP con las distintas variables sociodemográficas y clínicas, se obtuvieron los siguientes resultados: con respecto a la puntuación global de la escala, no encontramos diferencias estadísticamente significativas con referencia a las variables de edad, convivencia, situación laboral, grado de discapacidad e ingresos previos.

Sin embargo, encontramos diferencias significativas en el género. Los resultados de la prueba de Kruskal-Wallis identificaron efecto por el hecho de ser mujer en el F1 (satisfacción personal)  $p < 0.018$  y una tendencia estadísticamente significativa en el F2 (autocontrol)  $p < 0.78$ . Esta misma prueba identificó efecto sobre la variable etiqueta diagnóstica en salud mental en el F3 (autocontrol)  $p < 0.037$ . Los análisis *post hoc* llevados a cabo con el estadístico de Games-Howell mostraron que los pacientes con etiqueta diagnóstica de trastorno afectivo tuvieron puntuación más alta (mediana = 13) que los pacientes con otros trastornos (trastorno de personalidad, trastorno por consumo de tóxicos, etc.) y ligeramente superior a los trastornos psicóticos. La prueba de U de Mann-Whitney identificó efecto estadísticamente significativo en la variable estado civil para el F3 (autocontrol)  $p < 0.02$ , donde ser soltero puntúa peor que otra condición (tabla 2).

## Discusión

Los resultados obtenidos indican niveles moderados de SMP en nuestra muestra de pacientes de salud mental. El nivel medio global del CSMP de los pacientes de nuestro estudio obtuvo una media global de 96.1 puntos. La puntuación global mínima de los pacientes fue de 80 puntos y la máxima de 121. Los participantes de nuestro estudio presentaron niveles más bajos de SMP que la muestra de poblaciones sin trastornos mentales que habían respondido al CSMP<sup>8,10,13,14,24</sup>. Nuestra muestra presentó niveles más bajos en SMP que otras muestras de poblaciones que presentan trastornos mentales y habían respondido al CSMP<sup>5,25</sup>.

Los pacientes solteros presentaron un nivel más bajo de SMP que sujetos casados o separados. Estos datos coinciden con otros estudios en pacientes con trastornos mentales que utilizaron otros instrumentos para medir la SMP<sup>25,26</sup>. Otros estudios con pacientes de salud mental que utilizaron el CSMP de Lluçà coinciden con nuestros resultados<sup>6</sup>, pero difieren de otros estudios donde los solteros puntúan mejor en SMP<sup>7</sup>.

En otros estudios en los que se utilizó el CSMP, respecto al género, la puntuación de las mujeres es más alto que en los hombres coincidiendo con nuestros resultados<sup>8,11</sup>. También coincidieron nuestros resultados con otros estudios realizados en pacientes con trastornos mentales<sup>6,7,25-28</sup>.

En nuestro estudio destacamos que los participantes con un diagnóstico de salud mental como trastorno bipolar o depresivo presentan niveles más altos en SMP respecto a otros trastornos. En la actualidad encontramos estudios que miden el nivel de SMP en diferentes trastornos mentales, pero de forma individual sin ser estudios comparativos<sup>6,7,25-30</sup>. El CSMP ha sido validado en varios estudios y muestras diferentes con un alfa de Cronbach entre 0.80 y 0.91, lo que concuerda con los resultados obtenidos en nuestro estudio, reforzando la validez y confiabilidad del cuestionario<sup>10,16,17,31</sup>.

### Limitaciones del estudio

Nuestros hallazgos han de ser evaluados con cautela debido a dos limitaciones metodológicas que podrían comprometer su validez externa. La primera limitación se debe al diseño no aleatorio del estudio y tama-

|                              | Factor 1<br>Satisfacción<br>personal |      | Factor 2<br>Actitud prosocial |        | Factor 3<br>Autocontrol |        | Factor 4<br>Autonomía |        | Factor 5<br>Resolución<br>de problemas y<br>autoactualización |        | Factor 6<br>Habilidades<br>de relación<br>interpersonal |        | SMP Global |        |           |
|------------------------------|--------------------------------------|------|-------------------------------|--------|-------------------------|--------|-----------------------|--------|---|--------|---|--------|------------|--------|-----------|
|                              | n                                    | %    | Mdn (R)                       | p      | Mdn (R)                 | p      | Mdn (R)               | p      | Mdn (R)   | p      | Mdn (R)   | p      | Mdn (R)    | p      |           |
| <b>Edad (en años) 41.15</b>  |                                      |      |                               |        |                         |        |                       |        |   |        |   |        |            |        |           |
| <b>Grupos de edad</b>        |                                      |      |                               |        |                         |        |                       |        |   |        |   |        |            |        |           |
| Hasta 35 años                | 38                                   | 62.3 | 15.5 (15)                     |        | 14 (6)                  |        | 11 (9)                |        | 10 (15)   |        | 27.5 (18)   |        | 16 (10)    |        | 97 (30)   |
| De 36 a 50 años              | 15                                   | 24.6 | 15 (17)                       | .571** | 13 (6)                  | .426** | 14 (10)               | .293** | 7 (12)  | .953** | 28 (17)   | .884** | 16 (15)    | .814** | 91 (39)   |
| Más de 51 años               | 8                                    | 13.1 | 16.5 (12)                     |        | 14 (5)                  |        | 13.5 (9)              |        | 8 (8)   |        | 26 (12)   |        | 16 (7)     |        | 98.5 (17) |
| <b>Genero</b>                |                                      |      |                               |        |                         |        |                       |        |   |        |   |        |            |        |           |
| Mujer                        | 31                                   | 50.8 | 19 (15)                       | .018** | 14 (7)                  | .078** | 12 (9)                | .157** | 10 (15)   | .226** | 26 (19)   | .418** | 16 (16)    | .714** | 98 (39)   |
| Hombre                       | 30                                   | 49.2 | 15.5 (12)                     |        | 13 (7)                  |        | 13.5 (10)             |        | 8.5 (10)  |        | 29 (18)   |        | 16 (10)    |        | 93.5 (30) |
| <b>Estado Civil</b>          |                                      |      |                               |        |                         |        |                       |        |   |        |   |        |            |        |           |
| Soltera/o                    | 42                                   | 68.9 | 16 (15)                       | .267*  | 13 (7)                  | .192*  | 11.5 (9)              | .020*  | 10 (12)   | .099*  | 26 (19)   | .318*  | 16 (15)    | .943*  | 96.5 (41) |
| No soltera/o                 | 19                                   | 31.1 | 14 (17)                       |        | 14 (6)                  |        | 14 (10)               |        | 8 (15)  |        | 29 (17)   |        | 16 (7)     |        | 97 (25)   |
| <b>Convivencia</b>           |                                      |      |                               |        |                         |        |                       |        |   |        |   |        |            |        |           |
| Vive sola                    | 17                                   | 27.9 | 14 (15)                       | .173** | 14 (6)                  | .493** | 12 (9)                | .859** | 10 (15)   | .771** | 29 (16)   | .220** | 16 (5)     | .487** | 96 (27)   |
| Familia y/o amigos           | 44                                   | 72.1 | 16 (16)                       |        | 13.5 (7)                |        | 12.5 (10)             |        | 9 (11)  |        | 26 (19)   |        | 16 (16)    |        | 97 (41)   |
| <b>Grado de discapacidad</b> |                                      |      |                               |        |                         |        |                       |        |   |        |   |        |            |        |           |
| Sí                           | 20                                   | 32.8 | 15 (16)                       | .553** | 13 (7)                  | .227** | 11.5 (9)              | .626** | 8.5 (15)  | .444** | 30.5 (18)   | .152** | 16 (11)    | .784** | 97 (30)   |
| No                           | 41                                   | 67.2 | 16 (16)                       |        | 14 (7)                  |        | 13 (10)               |        | 9 (12)  |        | 26 (19)   |        | 16 (15)    |        | 95 (39)   |
| <b>Trabajo actual</b>        |                                      |      |                               |        |                         |        |                       |        |   |        |   |        |            |        |           |
| Sí                           | 2                                    | 3.3  | 13.5 (11)                     | .450** | 13 (0)                  | .505** | 11 (4)                | .459** | 9.5 (1)   | .857** | 31 (8)  | .374** | 15.5 (1)   | .767** | 93.5 (5)  |
| No                           | 59                                   | 96.7 | 16 (17)                       |        | 14 (7)                  |        | 12 (10)               |        | 9 (15)  |        | 27 (19)   |        | 16 (16)    |        | 97 (41)   |
| <b>Ingresos previos</b>      |                                      |      |                               |        |                         |        |                       |        |   |        |   |        |            |        |           |
| Inferior a 2                 | 25                                   | 41   | 17 (16)                       |        | 14 (6)                  |        | 12 (10)               |        | 8 (12)  |        | 26 (19)   |        | 16 (15)    |        | 95 (41)   |
| Entre 3-6                    | 20                                   | 32.8 | 14.5 (15)                     | .567*  | 14 (5)                  | .814*  | 13.5 (9)              | .253*  | 8.5 (15)  | .161*  | 28.5 (16)   | .402*  | 16 (11)    | .466*  | 97 (28)   |
| Más de 6                     | 16                                   | 26.2 | 15.5 (15)                     |        | 13 (7)                  |        | 11 (9)                |        | 10 (10)   |        | 27.5 (16)   |        | 15.5 (8)   |        | 98 (22)   |
| <b>Etiqueta diagnóstica</b>  |                                      |      |                               |        |                         |        |                       |        |   |        |   |        |            |        |           |
| Trastornos psicóticos        | 17                                   | 27.9 | 17 (11)                       |        | 13 (6)                  |        | 14 (9)                |        | 9 (9)   |        | 26 (17)   |        | 16 (16)    |        | 93 (41)   |
| Trastornos afectivos         | 31                                   | 50.8 | 14 (17)                       | .134*  | 14 (7)                  | .193*  | 13 (10)               | .037*  | 9 (15)  | .374*  | 28 (19)   | .252*  | 16 (10)    | .666*  | 97 (28)   |
| Otros trastornos             | 13                                   | 21.3 | 17 (14)                       |        | 13 (4)                  |        | 11 (9)                |        | 10 (10)   |        | 26 (17)   |        | 16 (5)     |        | 97 (18)   |

\*Kruskal-Wallis, \*\* U de Mann-Whitney / p = nivel de significación / R = rango estandarizado / Mdn = mediana

Tabla 2. Puntuaciones de las medianas de la SMP Global y de los diferentes factores, con los estadísticos según variables sociodemográficas y clínicas (n = 61)

ño de la muestra reducida ( $n = 61$ ). La segunda es la naturaleza transversal del estudio, que no permitió extraer conclusiones sobre las relaciones causales entre las variables que demostraron estar relacionadas.

## Conclusión

Los resultados globales del CSMP sugieren que los pacientes de nuestra muestra exhiben niveles moderados de SMP. Una de las implicaciones más destacadas para la práctica clínica enfermera es la importancia de conocer el nivel de SMP de los pacientes al ingresar, ya que esta información proporciona una base para diseñar intervenciones específicas destinadas a mejorar su SMP, especialmente dado que los niveles tienden a ser más bajos en pacientes con trastornos mentales en comparación con la población general.

## Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar. Ginebra: OMS. 2011 [Consultada el 4 de agosto de 2023]. [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html).
- Henderson LW, Knight T. Integración de las perspectivas hedónica y eudaimónica para comprender de manera más integral el bienestar y los caminos hacia el bienestar. *Int J Bienestar*. 2012; 2 (3): 196-221. <https://doi.org/10.5502/ijw.v2i3.3>.
- Jahoda M. Conceptos actuales de salud mental positiva. Nueva York, NY: Libros básicos; 1958.
- Lluch-Canut MT. Construcción De Una Escala Para Evaluar La salud mental positiva [Internet]. Universidad de Barcelona, editor. Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva (Tesis doctoral). Barcelona; 1999 Available from: <https://www.tdx.cat/handle/10803/2366#page=1>
- Miguel Ruiz MD. Valoración de la salud mental positiva y de los Requisitos de Autocuidado, en pacientes hospitalizados diagnosticados de Esquizofrenia, según la Teoría de Enfermería de Dorothea Orem (Tesis doctoral) [Internet]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2014. p. 291. Available from: <http://hdl.handle.net/2445/56453>.
- Broncano-Bolzoni M, González-Carrasco M, Juvinyà-Canal D, Lluch-Canut M. The Mental Health of Patients With Psychotic Disorder From a Positive, Multidimensional and Recovery Perspective. *Front Psychol*. 2022 Jul 4; 13:857598. doi: 10.3389/fpsyg.2022.857598. PMID: 35859819; PMCID: PMC9290860.
- Luján-Lujan EM, Lluch-Canut MT, Puig-Llobet M, Roldán-Merino J, Pomarol-Clotet E, Miguel-Ruiz MD. Evaluación del nivel de salud mental positiva en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, atendidos en la comunidad. *Rev Esp Enferm Salud Ment*. 2021;(15): e15. DOI: 10.35761/reesme.2021.15.02.
- Lluch-Canut T, Puig-Llobet M, Sánchez-Ortega A, Roldán-Merino J, Ferré-Grau C; Positive Mental Health Research Group. Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: correlations with socio-demographic variables and physical health status. *BMC Public Health*. 2013 Oct 5; 13:928. doi: 10.1186/1471-2458-13-928. PMID: 24093443; PMCID: PMC3853147.
- Sánchez MA. Efectividad de un programa de intervención psicossocial de enfermera para potenciar la agencia de autocuidado y la salud mental positiva en personas con problemas crónicos de salud [tesis]: Universidad de Barcelona; 2015. Disponible en: [https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/387116/MASO\\_TESIS.pdf?sequence=1](https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/387116/MASO_TESIS.pdf?sequence=1).
- Puig Llobet M, Sánchez Ortega M, Lluch-Canut M, Moreno-Arroyo M, Hidalgo Blanco MÀ, Roldán-Merino J. Positive Mental Health and Self-Care in Patients with Chronic Physical Health Problems: Implications for Evidence-based Practice. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2020 Aug;17(4):293-300. doi: 10.1111/wvn.12453.
- Albacar N, Lleixà M, Lluch MT, Sequeira C, Carvalho JC, Juan Roldán J. Propiedades psicométricas de la versión autoadministrada de la Escala de Requisitos de Autocuidado entre cuidadores de enfermos mentales. *Rev Port Enf Saude Ment*. 2015; 13:53-60.
- Mantas S, Juvinya D, Bertran C, Roldán J, Sequeria C, Lluch T. Evaluación de la salud mental positiva y sentido de coherencia en profesionales de la salud mental. *Rev Port Enferm Saude Mental*. 2015; 3:34-42.
- Roldán-Merino J, Lluch-Canut MT, Casas I, Sanromà-Ortiz M, Ferré-Grau C, Sequeira C, Falcó-Pegueroles A, Soares D, Puig-Llobet M. Reliability and validity of the Positive Mental Health Questionnaire in a sample of Spanish university students. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2017 Mar;24(2-3):123-133. doi: 10.1111/jpm.12358. Epub 2017 Feb 1. PMID: 28150373.
- Sequeira C, Carvalho JC, Gonçalves A, Nogueira MJ, Lluch-Canut T, Roldán-Merino J. Levels of Positive Mental Health in Portuguese and Spanish Nursing Students. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2020 Sep/Oct;26(5):483-492. doi: 10.1177/1078390319851569.
- Hurtado B, Moreno C, Casas I, Lluch MT, Lleixà M, Farrés M, Roldán J. Salud mental positiva y prevalencia de malestar psicológico en profesores universitarios de enfermería de Cataluña, España. *Rev Serv Enferm Psicococ y Salud Mental*. 2017;55(7):38-48. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.3928/02793695-20170619-06>.
- Sequeira C, Carvalho JC, Sampaio F, Sá L, Lluch-Canut T, Roldán-Merino J. Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Rev Port Enferm Saude Mental*. 2014; 11:45-53.
- Teke C, Arabaci LB. The validity and reliability of Positive Mental Health Scale/Pozitif Ruh Sagligi Olceginin Turkce gecerlilik ve guveniliriligi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2018 Jun 15;19(S1):21-9.
- Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, Maison P, Terra JL, Azorin JM; avec le soutien institutionnel du laboratoire Lilly. Elaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère [Drawing up guidelines for the attendance of physical health of patients with severe mental illness]. *Encephale*. 2009 Sep;35(4):330-9. French. doi: 10.1016/j.encep.2008.10.014. Epub 2009 Jul 9. PMID: 19748369.
- Scott K, Lim C, Al Hamzawi A, Alonso J, et al. Association of Mental Disorders With Subsequent Chronic Physical Conditions: World Mental Health Surveys From 17 Countries. *JAMA Psychiatry*. 2016; 73 (2): 150-158. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.2688.
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
- Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951 Sep;16(3):297-334.
- IBM SPSS Statistics. Armonk, NY: IBM Corp.; 2017.

23. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. [Internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE). 2018. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673>.
24. Albarca-Riobóo N. Atenció d'infermeria a la cuidadora principal de persones amb esquizofrènia: Valoració dels requisits d'autocura i de la salut mental positiva [Internet]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). Universitat Rovira i Virgili; 2014. p. 250. Available from: <https://www.tdx.cat/handle/10803/294732#page=1>
25. Vaingankar JA, Subramaniam M, Abdin E, Picco L, Phua A, Chua BY, et al. Socio-demographic correlates of positive mental health and differences by depression and anxiety in an Asian community sample. *Ann Acad Med Singap.* 2013; 42:514-523.
26. Sambasivam R, Vaingankar JA, Chong SA, Abdin E, Jeyagurunathan A, Seow LS, et al. Positive mental health in outpatients: comparison within diagnostic groups. *BMC Psychiatry.* 2016; 16:412. DOI: 10.1186/s12888-016-1113-1.
27. Vaingankar JA, Abdin E, Chong SA, Sambasivam R, Jeyagurunathan A, Seow E, et al. Psychometric properties of the positive mental health instrument among people with mental disorders: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes.* 2016; 14:19. DOI: 10.1186/s12955-016-0424-8.
28. Jeyagurunathan A, Sagayadevan V, Abdin E, et al. Psychological status and quality of life among primary caregivers of individuals with mental illness: a hospital based study. *Health Qual Life Outcomes.* 2017; 15:106. DOI: 10.1186/s12955-017-0676-y.
29. Gulla SSRK, Helberg E, Vagiri RV. Positive mental health of patients at a psychiatric hospital, Gauteng province, South Africa. *S Afr J Psychiatr.* 2023 Jun 23; 29:2016. doi: 10.4102/sajpsy.2023.v29i0.2016. PMID: 37416856; PMCID: PMC10319928.
30. Seow LSE, Vaingankar JA, Abdin E, Sambasivam R, Jeyagurunathan A, Pang S, Chong SA, Subramaniam M. Positive mental health in outpatients with affective disorders: Associations with life satisfaction and general functioning. *J Affect Disord.* 2016 Jan 15; 190:499-507. doi: 10.1016/j.jad.2015.10.021. Epub 2015 Oct 28. PMID: 26561940.
31. Sánchez-Ortega MA, Puig-Llobet M, Lluch-Canut MT. Programa de intervenció Psicosocial de Enfermeria (PIPSE) para potenciar la Salut Mental Positiva y la Autocura [Internet]. Depósito Digital de la Universidad de Barcelona. Barcelona; 2015. p. 35. Available from: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/116403>



# Evaluación del “Programa de habilidades psicosociales básicas para el empoderamiento de mujeres víctimas de violencia de género”: aproximación mediante un estudio mixto

Evaluation of the “Basic psychosocial skills program for the empowerment of women victims of gender-based violence”: An approach through a mixed methods study

Carla López Jarillo<sup>1</sup>, Vanessa Sánchez Martínez<sup>2</sup>, Eva Ojeda Rodríguez<sup>3</sup>,  
Valentina Vivas Rodríguez<sup>4</sup>

1. Unidad de Neonatología, Hospital Doctor Peset, Valencia, España.

2. Departamento de Enfermería. Universitat de València. Valencia, España.

3. Jefatura de Servicio de Salud Mental del Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Lliria. Valencia, España.

4. Colaboradora de la Comisión de Sensibilización de la Violencia de Género del Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Lliria. Valencia, España.

Contacto: Carla López Jarillo, carlalopezjarillo@gmail.com

Fecha de recepción: 10 de octubre de 2023 / Fecha de aceptación: 8 de noviembre de 2023

## Resumen

**Introducción:** La presente investigación evalúa el Programa de Habilidades Psicosociales Básicas enfocado a mujeres víctimas de violencia de género, explorando el impacto que la participación en este grupo psicoeducativo ha supuesto para sus participantes. Se han llevado a cabo tres ediciones de cuatro unidades temáticas en las que se trabajan conceptos como sororidad o empoderamiento a través de dinámicas grupales.

**Objetivos:** Describir las valoraciones de las participantes sobre el Programa de Habilidades Psicosociales Básicas, así como explorar el impacto que ha causado en sus vidas.

**Metodología:** Se ha utilizado una metodología mixta con un diseño incrustado concurrente de modelo dominante (DIAC) con el grupo de discusión como método central, donde participaron once mujeres; de esta muestra se obtuvieron tres voluntarias para entrevistas semiestructuradas. Además, se ha empleado un cuestionario de satisfacción y la escala de autoestima Rosenberg, acompañado de una escala visual analógica como técnicas cuantitativas. Los datos se han volcado a una tabla Microsoft Excel. Se establecieron cinco temas mediante un análisis deductivo e inductivo y, posteriormente, se extrajeron múltiples citas. Se realizó un segundo análisis deductivo para la elaboración de diez subtemas y códigos descriptivos.

**Resultados:** Los instrumentos cuantitativos sugieren una correlación positiva entre la participación en el taller y el aumento de autoestima de sus participantes; los índices de satisfacción reflejan puntuaciones muy elevadas. Los instrumentos cualitativos muestran una mejora significativa de las áreas trabajadas, destacando la adquisición de nuevas metas y proyectos, la mejora del autocuidado o la modificación de la red social próxima mediante la creación de nuevas relaciones, entre otras.

**Conclusión:** Se constata la utilidad y gran relevancia que la participación ha conllevado para la rutina diaria de sus participantes, por lo que se recomienda su implementación como programa de prevención, así como su adaptación y aplicación a otros colectivos.

*Palabras violencia de género, autoestima, grupo psicoeducativo, satisfacción.*

## Abstract

**Introduction:** This research evaluates the Basic Psychosocial Skills Program focused on women victims of Gender Violence, exploring the impact that participation in this psychoeducational program has had on its participants. Three editions have been carried out, consisting of four thematic units in which concepts such as Sorority or Empowerment are worked on through group dynamics.

**Main objectives:** Describe the evaluations of the participants about the Basic Psychosocial Skills Program, as well as explore the impact it has made on their lives.

**Methodology:** A mixed methodology has been used with a Dominant Model Concurrent Embedded Design (DIAC) with the focus group as the central method in which eleven women participated; from this sample, three volunteers were obtained to conduct semi-structured interviews. In addition, a Satisfaction Questionnaire and the Rosenberg Self-Esteem Scale, accompanied by a visual analogue scale as quantitative techniques. The data were entered into a Microsoft Excel table. Through a deductive and inductive analysis, five themes were established; after that, multiple quotations were extracted. A second deductive analysis was carried out for the elaboration of ten sub-themes and descriptive codes.

**Results:** The quantitative instruments suggest a positive correlation between participation in the Program and increased self-esteem of the participants, the satisfaction indices in turn reflect very high scores. The qualitative instruments show a significant improvement in the areas worked on, highlighting the acquisition of new goals and projects, the improvement of self-care and the modification of the close social network through the creation of new relationships, among others.

**Conclusion:** The usefulness and great relevance that participation in the program has had for the daily routine of its participants is confirmed, and its implementation as a prevention program is recommended, as well as its adaptation and application to other groups.

**Keywords:** gender-based violence, self-esteem, psychoeducational group, satisfaction.

## Introducción

La violencia de género (VG) afecta a las esferas psicosocial, sanitaria, política, económica y jurídica de la persona sobre la que se ejerce, así como a su red social y resto de la población, siendo su erradicación uno de los objetivos perseguidos a nivel internacional. Este tipo de violencia es una de las representaciones más esclarecedoras de desigualdad, directamente ligada a las relaciones de poder establecidas que fomentan la subordinación de un género frente al otro<sup>1</sup>.

La VG ha sido históricamente invisibilizada y no reconocida, hecho que cambió a partir de 1979 durante la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, donde se admite por primera vez la existencia de una violencia ejercida por el hombre hacia la mujer por el hecho de serlo, denominada discriminación contra la mujer. Este hecho permite crear en 1992 el comité CEDAW<sup>2</sup>, encargado de velar por la igualdad y no discriminación, siendo en 1993 cuando la ONU define por primera vez el término “violencia de género”<sup>3</sup>. Tras reconocerse a nivel internacional en 1995 durante la Conferencia de Beijing, se establecen 12 esferas que representan los principales inconvenientes para el progreso de la mujer, abriendo el debate de la necesaria reestructuración social, basada en el concepto de género<sup>4</sup>.

Estos cambios internacionales permiten su reconocimiento como violencia específica, así como el

desarrollo de políticas nacionales enfocadas a la lucha contra la VG. En España, en 2004, se redacta la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, siendo reconocida como el mayor símbolo de desigualdad social<sup>5</sup>.

Durante el siglo XX se desarrollan numerosas teorías sobre las posibles causas de este tipo de violencia. Las primeras se basan en el análisis de los factores individuales; sin embargo, son rechazadas, ya que no reconocen la influencia del entorno ni su posible multicausalidad<sup>6</sup>.

Por otro lado, nacen distintos paradigmas que tienen como punto en común la influencia del género en la salud. Hablan de cómo a través de la socialización primaria y secundaria, propias de cada sociedad, se establecen modelos de conducta e ideales que generan estructuras de poder y jerarquías de un género frente a otro, surgiendo así los roles de género, es decir, aquello que se espera de lo considerado femenino o masculino. Estas desigualdades creadas influyen directamente en la morbimortalidad y estilos de vida adoptados por cada sociedad. Una de las principales teorías que explica este hecho es el sistema sujeto-sexo-género, que habla de cómo el sujeto es una mezcla de su socialización, su sexo biológico y sus experiencias<sup>7</sup>.

En la actualidad, dentro de sus diversas clasificaciones, destaca la relacionada con la naturaleza de sus actos, siendo sus formas principales la violencia física, sexual, económica y psicológica<sup>8</sup>. Su principal

característica es ser cíclica y progresiva y estar compuesta por tres fases: acumulación de tensión, agresión o explosión de la violencia, y luna de miel o reconciliación<sup>9</sup>.

Las actuaciones en contra de la VG se agrupan en sensibilización, prevención, como dar información a la población, formación a profesionales o establecer medidas de acción positiva<sup>10</sup> y, una vez establecida la violencia, estas se dirigen al trabajo sobre sus consecuencias a través de intervenciones grupales, entre otras. Dentro de dichas intervenciones encontramos los grupos psicoeducativos<sup>11</sup>, como el programa analizado en el presente artículo.

Son escasos los estudios que analizan la efectividad de las medidas aplicadas a través de la valoración de las propias personas afectadas, por ello, este estudio tuvo dos objetivos principales: describir las valoraciones de las participantes sobre el programa y explorar el impacto del mismo en las vidas de las mujeres participantes.

## Metodología

### *Diseño*

Estudio mixto donde se aplica el diseño DIAC<sup>12</sup>, con un grupo de discusión como método central, que junto a tres entrevistas semiestructuradas representan la metodología cualitativa; un cuestionario de satisfacción y la escala de autoestima Rosenberg acompañada de una escala visual analógica como técnicas cuantitativas.

### *Descripción del programa*

En la tabla 1 se recopila la información principal del taller evaluado (tabla 1).

### *Participantes y ámbito de estudio*

El Programa de Habilidades Psicosociales Básicas fue diseñado para la participación de mujeres atendidas por el Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Lliria de Valencia, España, por los servicios sociosanitarios tanto de atención primaria como especializada, siendo el perfil atendido personas usuarias del Servicio de Salud Mental, supervivientes de VG mayores de 18 años.

La población a estudio fue participantes del programa mencionado, un total de 29 mujeres, sobre las que se realizó un muestreo de conveniencia, obteniendo una participación de 11 (37.93 %), de las cuales ocho fueron atendidas en la Unidad de Salud Mental, dos son profesionales del departamento y una es usuaria de una vivienda tutelada, todas residentes del área de salud atendida por el departamento citado. Se aplicaron dos criterios de inclusión: voluntariedad y participación en cualquiera de las tres ediciones. No se establecieron criterios de exclusión.

La captación la realizaron las dos creadoras del programa mediante correo electrónico o contacto telefónico. Antes de comenzar la primera sesión, se entregaron dos documentos a cada participante: un consentimiento informado y un compromiso de confidencialidad, en los que se informaba, entre otros datos, del objetivo y metodología del estudio, así como de la previsión de un uso posterior de los resultados obtenidos. Por otro lado, este estudio ha sido autorizado por la Comisión de Violencia de Género del Departamento de Salud en cuestión, así como por su equipo directivo.

### *Recogida de datos*

La primera sesión se realizó el 12 de noviembre de 2021 en el Centro Socioeducativo Díaz Pintado de Burjassot, Valencia, lugar conocido por las participantes, estando presentes una moderadora y tres observadoras. Cada participante cumplimentó los dos instrumentos cuantitativos. A continuación, se llevó a cabo el grupo de discusión, adoptando una disposición circular para favorecer el contacto visual. Para preservar el anonimato y facilitar el posterior análisis, se repartieron rectángulos de distinto color, colocándolo en un sitio visible del cuerpo. Al finalizar, se solicitó su participación en entrevistas individuales, obteniendo una muestra de tres personas que rellenaron sus datos personales básicos y de contacto en una ficha modelo. Las dos primeras entrevistas se realizaron en el mismo centro, para la tercera se reservó un aula de la Universidad de Valencia. Ambos métodos cualitativos contaban con guiones temáticos, diseñados y discutidos con anterioridad; además, las sesiones fueron grabadas en audio. El grupo de discusión duró una hora y media. Las entrevistas duraron entre 40 minutos y una hora, las dos primeras se realizaron el 9 de febrero de 2022, la tercera el 11 de marzo del mismo año.

| <b>Taller de habilidades psicosociales básicas para el empoderamiento de las mujeres</b> |   |
|--|---|
| <b>Descripción</b>   | Intervención grupal llevada a cabo mediante dinámicas creativas, expresivas y lúdicas que pretende apoyar y acompañar a mujeres que precisan asistencia para la prevención de la violencia de género u otras discriminaciones por razón de género, bajo la pretensión de que, mediante el aprendizaje de distintas formas de expresión, colectivización de experiencias y evaluación de los resultados, puedan aumentar su autoconocimiento, conocer las posibilidades de obrar de forma autónoma y tener la experiencia de relacionarse con otras mujeres e integrarse de manera participativa en la dinámica grupal con actitudes solidarias, tolerantes y libre de inhibiciones y prejuicios.  |
| <b>Unidades temáticas</b>  | <p>Cada sesión se inicia con un calentamiento físico, sensorial y activo que permite la ubicación en el aquí y el ahora. Por otro lado, finalizan mediante el debate del concepto propuesto a través de técnicas como lluvia de ideas, reflexión, preguntas y ejercicios escritos.</p> <p><b>UNIDAD 1: CONFIANZA Y SORORIDAD</b></p> <p>Las dinámicas de esta unidad se centraron en el análisis del término "confianza personal y colectiva", el entendimiento de las acusas de la desconfianza y sus consecuencias, identificación del término sororidad, reconocimiento de la autoridad de cada persona sin establecer jerarquías y debates sobre el término misoginia a fin de reconocerla en la práctica y en distintas expresiones sociales e incluso personales.</p> <p><b>UNIDAD 2: EMPODERAMIENTO Y AUTOESTIMA</b></p> <p>En esta unidad se desarrollaron dinámicas centradas en identificar las nociones de poder o la ausencia del mismo, conocimiento de las propias fortalezas y modificación de hábitos personales nocivos a fin de integrarlos en la vida cotidiana, fortalecimiento de las propias capacidades y autonomía, provisión de recursos intangibles como la habilidad de reflexión y análisis de las propias recurrencias expresivas y la distinción de formas alternativas del ejercicio de poder de las mujeres.</p> <p><b>UNIDAD 3: ASERTIVIDAD Y HABILIDADES DE COMUNICACIÓN</b></p> <p>La unidad 3 se centró en la identificación del término asertividad mediante el análisis de los tres estilos básicos de la conducta interpersonal, experimentar situaciones de comunicación con conductas asertivas mediante el uso de técnicas como el role-playing y el aprendizaje de la palabra "no" sin culpa.</p> <p><b>UNIDAD 4: RESILIENCIA</b></p> <p>Durante el desarrollo de la última unidad, se determinó el proceso y dificultades para afrontar de manera resiliente las posibles y distintas experiencias dolosas, se destacaron y potenciaron las propias capacidades de ser resiliente, se identificaron factores protectores de la salud física y mental y se fomentaron la introspección, reflexión y sentido crítico como parte de las estrategias de la resiliencia.</p> |
| <b>Facilitadoras</b>   | <p><b>Valentina Vivas Rodríguez:</b> Grado en Igualdad de Género; Máster Universitario en Investigación Aplicada en Estudios Feministas, de Género y Ciudadanía; Técnica en Animación Sociocultural, con formación en Dinamizadora de Asociaciones de Mujeres y Violencia sexual como arma de guerra. Trabajo Psicosocial con mujeres víctimas de violencia sexual.</p> <p><b>Eva Ojeda Rodríguez:</b> Licenciada en Medicina y Cirugía y especialista en Psiquiatría; Doctorado en la Universidad de Valencia en el área de Género, Subjetividad, Conocimiento y Cultura. Diploma en Salud Mental en Situaciones de Violencia Política y Catástrofes.</p>  |
| <b>Participantes</b>   | 10 a 30 mujeres atendidas en el Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Liria, supervivientes de violencia de género y mayores de 18 años.  |
| <b>Duración</b>  | 20 horas repartidas en 8 sesiones de 2 h 30 min un día a la semana.   |

Tabla 1. Descripción del programa

### *Análisis de datos*

Se realizó una transcripción literal y análisis de contenido de la información obtenida del grupo de discusión y entrevistas. Del primero, se tomaron notas acerca de la información no verbal captada, a fin de limitar la pérdida de información. Para su codifica-

ción se utilizó el mismo código de colores que en la sesión. Para las entrevistas se utilizó el identificador E1, E2 y E3, en relación al orden en el que se realizaron. Posteriormente, con el soporte del programa Microsoft Excel se desglosó la información principal en distintos temas, subtemas, códigos y citas.

En cuanto a la metodología cuantitativa, cada cuestionario administrado se identificó con su inicial (R: Rosenberg, S: Satisfacción), seguido de un número del uno al once, acorde al número de participantes. Los números del identificador no guardan relación entre sí, es decir, R1 no se correlaciona con S1. La información se registró en el programa Microsoft Excel para su posterior análisis.

### Ética

El estudio se realizó de acuerdo a los principios básicos de protección de derechos y dignidad del ser humano como consta en la Declaración de Helsinki<sup>13</sup>. En todo momento se respetó la dignidad, autonomía, voluntariedad, privacidad y confidencialidad de las participantes, respetando la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. Cada paso ha sido consensuado entre las personas implicadas, guardando siempre una actitud respetuosa, empática y cercana, clave durante el desarrollo del presente trabajo.

## Resultados

### Metodología cuantitativa

La escala Rosenberg indica la existencia de una alta autoestima en un 63.34 % de las encuestadas (7 de 11), estableciéndose la puntuación de las 4 personas restantes entre los 20 y 24 puntos, bastante próxima al punto de corte estipulado en la metodología. Entre las cuestiones que abarca la escala, son la tres (“creo que tengo varias cualidades buenas”) y la cinco (“creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgullosa de mí”) las que han obtenido mejores valoraciones

por el conjunto de mujeres. Dicha escala no cuenta con un punto de corte que clasifique los resultados como autoestima alta o baja, por lo que se interpretó según los parámetros de un estudio con población clínica<sup>14</sup>, donde la categoría mujeres marca el punto de corte en 25.27, dada la similitud de la muestra.

Los hallazgos acerca de la escala EVA, quedan reflejados en el Gráfico 1. Se relaciona la modificación de la autoestima con la participación en el taller, 10 de las 11 participantes (91 %) afirman que su autoestima se ha modificado en sentido positivo a raíz de su participación en la intervención. El eje vertical o de ordenadas indica el número de personas y el horizontal o de abscisas la puntuación total obtenida tras el recuento.

En relación al cuestionario de satisfacción, 9 de las 11 participantes otorgan una puntuación igual o mayor a 48 puntos de un máximo de 55. El ítem número siete (“interés de las facilitadoras por las participantes”) ha sido el mejor valorado, mientras que la puntuación más reducida es la obtenida en el ítem once (“ayuda para estudiar las necesidades espirituales”). Lo más significativo en relación con los resultados del presente cuestionario es que la totalidad de las calificaciones de cada ítem individual se sitúan en un rango entre la puntuación media de la escala de medición (tres) y su puntuación máxima (cinco), por lo que se estima una alta satisfacción con el programa.

### Metodología cualitativa

Se emplearon los 5 bloques que componían el guion de las entrevistas como temas principales de los métodos cualitativos; los cuatro primeros corresponden a

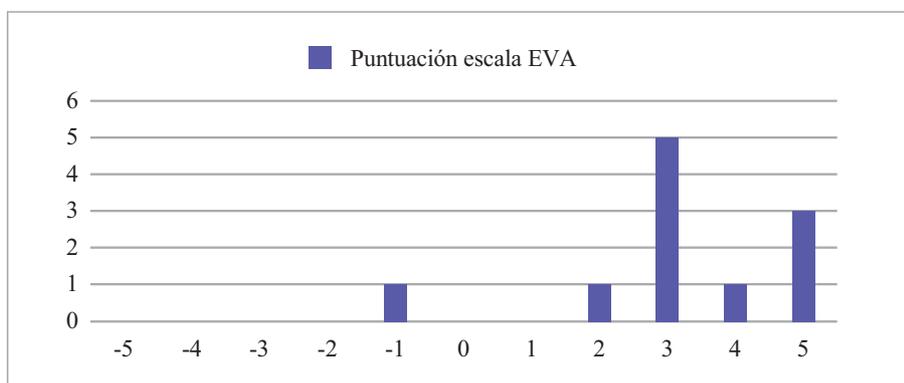


Gráfico 1. Puntuación obtenida en la escala EVA

las unidades temáticas del programa analizado, añadiendo un quinto a fin de recopilar toda la información resultante. Tras un profundo análisis de las citas extraídas, se aplicó el método deductivo para constituir 10 subtemas y 27 códigos (ver tablas 2 y 3).

### Sororidad

Dentro del subtema “relación establecida con otras mujeres”, las entrevistadas destacaron haber reforzado la importancia de no juzgar así como la identificación con historias de vida similares.

E3: *Creo que el taller ayuda más que medicamento, porque tomas una pastilla, te encierras, te vas a comer el coco y nada, pero salir y hacer actividades con un grupo, ayuda mucho (...) Antes yo no caminaba, me ayudó una compañera, ahora andar me ayuda mucho (...) a mí me ayuda mucho traba-*

*jar dentro de grupo que tomar una pastilla y llorar en casa, o encerrarme.*

También se habían modificado sus redes de apoyo, mediante su ampliación o mayor valoración de la ya establecida, juzgando de forma más positiva el apoyo de las personas cercanas.

*Azul oscuro: Muchas veces no te das cuenta de que a tu alrededor hay gente que te quiere muchísimo y que te ayudan, que te apoyan y, no sé, tú estás ¿no? Tú estás en tu círculo y estás encerrada y no ves más, y cuando abres un poquito te das cuenta de que hay gente que te puede ayudar, que te quiere ayudar y que lo puedes hacer.*

En relación a los estereotipos, destacaron un mayor conocimiento sobre éstos, así como la mayor conciencia de la existencia de una violencia cultural.

| TEMA   | SUBTEMA                     | CÓDIGO   |
|--|-----------------------------|--|
| CONFIANZA Y SORORIDAD                          | Relación con otras mujeres  | No juzgar                                      |
|  |                             | Identificación con historias de vida similares |
|  |                             | Transmisión de valores a hijos a cargo         |
|  | Estereotipos                | Mayor conciencia                               |
|  |                             | Violencia cultural                             |
|  | Red de apoyo-amistades      | Valoración de red social                       |
|  |                             | Ampliación de red social                       |
|  |                             | Falta de red social                            |
|  | EMPODERAMIENTO Y AUTOESTIMA | Autocuidado                                    |
| Cuidado personal                               |                             |  |
| Metas y proyectos                              |                             | Formación                                      |
|  |                             | Cambios en vida personal                       |
| Herramientas de control conductual y emocional |                             |  |
|  |                             |  |
| ASERTIVIDAD Y HABILIDADES DE COMUNICACIÓN      |                             | Mayor respeto                                  |
|  |                             | Expresión de sentimientos                      |
|  |                             | Decir no                                       |
| RESILIENCIA                                    | Salud física y emocional    | Mayor seguridad                                |
|  |                             | Mayor independencia                            |
|  |                             | Priorizarse                                    |
|  | Afrontamiento               | Capacidad de adaptación                        |
|  |                             | Aumento de la valoración personal              |
|  |                             | Reducción del temor a las adversidades         |
| OPINIÓN SOBRE EL TALLER                        | Otras aplicaciones          | Mayor accesibilidad                            |
|  |                             | Protocolo en centros laborales y educativos    |
|  |                             | Hacer de facilitadoras/captadoras              |
|  | Tiempo y contenido          | Mayor duración y seguimiento                   |
|  |                             | Aprendizaje                                    |
|  |                             | Área que más ha impactado                      |

Tabla 2. Temas, subtemas y códigos

| Tem a<br>Subtema                                 | Definición  |
|--|---|
| <b>Confianza y sororidad</b>                     | Información relacionada con las modificaciones en las relaciones interpersonales a raíz de la participación en el programa, apoyo mutuo y el reconocimiento de prácticas y expresiones discriminatorias que dificultan las relaciones igualitarias entre los géneros. |
| Relación con otras mujeres                       | Conocer y aceptar distintas realidades  |
| Estereotipos                                     | Idea preconcebida   |
| Red de apoyo-amistades                           | Estructuras sociales de soporte   |
| <b>Empoderamiento y autoestima</b>               | Empoderamiento: Relación entre fortalezas individuales y capacidades, sistemas naturales de ayuda y conductas proactivas con asuntos del cambio y política social.  |
|  | Autoestima: Sentimiento positivo o negativo hacia uno mismo construido mediante la evaluación de las propias características.   |
| Autocuidado                                      | Capacidad de conservar el bienestar propio, tanto físico como psicológico.  |
| Metas y proyectos                                | Objetivos cumplidos o planteados para su futuro desarrollo  |
| Herramientas de control conductual y emocional   | Modificación de hábitos y costumbres, potenciando los favorecedores de una estabilidad y crecimiento personal   |
| <b>Asertividad y habilidades de comunicación</b> | Estrategia de comunicación basada en la expresión de opiniones propias e intereses de forma libre.  |
| Resiliencia                                      | Capacidad para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas y ser transformadas.   |
| Salud física y emocional                         | Manejo responsable de sentimientos, pensamientos y conductas  |
| Afrontamiento                                    | Actitud que se toma en relación con las experiencias presentes o próximas.  |
| <b>Opinión sobre el taller</b>                   | Comprender si las características del programa han sido las adecuadas.  |
| Otras aplicaciones                               | Colectivos que podrían beneficiarse del contenido del programa  |
| Tiempo y contenido                               | Duración y aspectos del programa  |

Tabla 3. Definición temas y subtemas

Naranja: *Entrenar la mirada, mirar de otra manera, la vida, las situaciones, los anuncios si son sexistas o no, las músicas, los reggaetones, las letras, tal, o sea ya, ya salimos con una conciencia, somos capaces de detectar cosas que antes no nos habían llamado la atención porque nos han enseñado en el taller a poner la mirada en cierta manera ¿no?, a tener esa mirada y eso lo vamos trabajando poco a poco y lo vamos integrando en nuestro día a día.*

#### Empoderamiento y autoestima

Las participantes afirmaron invertir mayor tiempo en su autocuidado mediante la práctica de distintas actividades como, por ejemplo, realizando mayor actividad física o formándose en inteligencia emocional.

Morado: *A mí me encanta la inteligencia emocional, fue una puerta para coger ese camino, para conocerme a mí misma, para: “voy a permitirme conocerme a mí, para después, saber lo que quiero”. Es como... requisito indispensable.*

Muchas de las participantes habían establecido metas, como sacarse el carnet de conducir o realizar distintos talleres de formación. A su vez, habían implementado una gran variedad de cambios en su rutina, entre estos se encontraban volver a salir a la calle de noche, separarse, encontrar empleo o bajar de peso. Por último, destacaron la respiración como herramienta de control emocional.

Rosa: *Yo he aprendido la respiración, me ha venido de lujo, ya no me dan los ataques de que me caía al suelo, ahora los controlo.*

#### Asertividad y habilidades de comunicación

A partir del uso de una comunicación más asertiva tanto en la vida personal como en la profesional, las participantes en el programa verbalizaron sentir un mayor respeto y aceptación.

E3: *Me respetan más. Me aceptan más y me respetan mucho (...) Antes me sentía como no puedo hablar, no puedo decir eso, igual si digo eso no sé*

*qué, echarme tanta culpa a mí, pues ahora ya no, me respetan mucho.*

### Resiliencia

Las mujeres describieron gozar de una mayor salud física y principalmente emocional tras el aprendizaje de distintas herramientas teórico-prácticas, destacando de forma mayoritaria aprender a priorizarse, saliendo de su rol como madre, hija o pareja, para dedicarse a sí mismas, aumentando a su vez su autovaloración.

*E2: Creo que es lo más revolucionario, el hecho de que nos invitaran a cuidarnos, a tratarnos bien, a vernos, a dedicarnos tiempo, a ponernos por delante de las cosas, eso para mí me ha cambiado muchísimo, porque eso lo tenía muy olvidado y hace un poco como que estaba diluida en una situación, un problema y es como que yo me había perdido y es cuando empecé a venir al taller (...) Es como que te ves, que te encuentras, que eres tú, es un espacio donde soy yo, me estoy encontrando a mí y soy yo, no soy la madre, no soy la hija, no soy la que tiene una relación de pareja horrible, o sea, soy yo, te empiezas a ver, te hacen que te vean.*

*Rojo: (...) A mí me han ayudado, me he sentido otra persona, me he levantado que estaba muy hundida que no veía luz, y ahora veo luz, ahora veo sol, ahora ya no me hace llorar (...)*

### Opinión sobre el taller

Para finalizar, las participantes manifestaron que el taller debería tener una mayor accesibilidad y enfocarse a otros colectivos de mujeres, incidiendo en la prevención de la VG en la población adolescente.

Dentro de todo lo aprendido a nivel individual y grupal, destaca el marcar límites mediante una comunicación asertiva y la importancia de establecer relaciones equitativas.

### Discusión

El análisis de contenido de los métodos cualitativos, así como la sistematización de resultados de los instrumentos cuantitativos, indica la existencia de una percepción positiva por parte de las participantes en los resultados personales obtenidos en las distintas

áreas trabajadas durante el Programa de Habilidades Psicosociales Básicas.

Los resultados del cuestionario de satisfacción muestran la adecuada estructuración del programa, así como la preparación e implicación de las profesionales que lo han llevado a cabo. En el año 2015 el Gobierno de Madrid realizó una Macroencuesta de Violencia contra la Mujer, que mostró que el principal reclamo por las mujeres víctimas de VG es la ayuda psicológica, a fin de potenciar su autoestima, empoderamiento y autocuidado, directamente relacionadas con su proceso de recuperación<sup>15</sup>.

Por otro lado, los resultados de la escala de Rosenberg sugieren un aumento en la autoestima de las participantes a raíz de su participación en el taller. La investigación de Hernández Mella *et al.*<sup>16</sup>, que explora el autoconcepto de mujeres pertenecientes a poblaciones vulnerables a través del análisis de talleres lúdico-creativos centrados en encuentros afectivo-participativos (EAP), refleja que dichos encuentros lograron la mejora de su autoestima gracias a la reconexión con su esfera emocional a través del reencuentro consigo mismas, fomentado por el grupal, por lo que se considera que la intervención psicosocial favorece la modificación de actitudes y conductas saludables, la reparación del autoconcepto y mejora de la autopercepción, el reconocimiento de potencialidades y limitaciones y la conexión con experiencias significativas, reconstruyendo y transformando la historia personal individual. Por último, destaca la importancia de la estrategia grupal como modalidad de intervención, ya que favorece el apoyo mutuo y la sororidad.

De la información obtenida mediante los métodos cualitativos, destaca la importancia que las participantes otorgan a los encuentros grupales, constatando el impacto producido, generador de un cambio real en su rutina diaria. El trabajo mediante grupos psicoeducativos crea sinergias que no resultan de la terapia individual, por lo que dichas técnicas deberían darse de forma complementaria, favoreciendo la expresión de experiencias y aumentando la socialización, tal y como respalda el estudio llevado a cabo por Liranzo Soto *et al.*<sup>17</sup> con mujeres víctimas de abuso psicológico, quienes participaron en distintos talleres de intervención clínicos y psicoeducativos grupales (TICPSI) donde se les instruyó en técnicas cognitivo-conductuales y psicodramáticas para fomentar su empoderamiento, asertividad y afrontamiento. Sus

resultados respaldan los obtenidos en el presente estudio, ya que determinan que las técnicas empleadas a través de talleres grupales facilitan la liberación personal y expresión emocional, favoreciendo una comunicación asertiva y satisfactoria, gracias a la creación de sentimientos de pertenencia.

A pesar de haber realizado una búsqueda de documentación, no se han encontrado más estudios que evalúen la eficacia de grupos psicoeducativos dirigidos a mujeres víctimas de VG, hecho que resalta la importancia de la continuidad del programa en cuestión. Por el contrario, sí se han encontrado numerosas evaluaciones de programas dirigidos a población adolescente o a la rehabilitación de hombres maltratadores, cuya muestra y resultados no corresponde con el Programa de Habilidades Psicosociales Básicas, por lo que no era pertinente su inclusión en la presente discusión de resultados.

La principal limitación reside en que sus tres ediciones ya se habían llevado a cabo anteriormente al comienzo de la presente investigación, por lo tanto, no fue posible la aplicación de un pretest que permitiera comparar el punto de partida de la muestra en las distintas áreas antes de su participación con los resultados tras su finalización.

Por otro lado, el uso de mascarilla durante la aplicación de la metodología cualitativa debido a la actual pandemia por COVID-19 supuso una dificultad añadida en algunos momentos de la narrativa, así como durante la presentación, por lo que existe una pérdida discreta de parte de la información no verbal al no poder visualizar con claridad las expresiones faciales. A fin de reducir la influencia de este hecho, se establecieron estrategias para mejorar la confiabilidad de los datos, a través de la toma de notas por parte de un segundo miembro del equipo.

## Conclusiones

Los resultados de este estudio reflejan una valoración positiva de las participantes sobre el Programa de Habilidades Psicosociales Básicas. Destacan el papel llevado a cabo por las organizadoras, así como la calidad de información y formación proporcionada durante las sesiones. A pesar de no poder confirmar la efectividad de la intervención por métodos cuantitativos, dada la ausencia de información en forma de pretest de la situación individual de cada mujer participante, sí describieron en la rama cualitativa del

estudio un aumento de la autoestima, empoderamiento y resiliencia, así como la generación de un cambio relacional a través del uso de una comunicación asertiva.

Se hace necesario continuar realizando intervenciones capaces de establecer cambios reales, con una mayor dotación de personal y otros recursos, ampliando así la posibilidad de participación. La implementación de programas de estas características en otros ámbitos podría fomentar la creación de una red comunitaria enfocada a la mejora de la salud psicosocial de la mujer, donde los beneficios de la misma serían exponenciales. Para finalizar, destacar que proporcionar formación específica en género a enfermeras tanto especialistas en salud mental como de cualquier otro ámbito de intervención daría pie a poder emplear las técnicas aprendidas en futuros grupos de mujeres creados desde las distintas unidades de atención.

## Bibliografía

1. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. La violencia contra la mujer [Internet]. [citado 23 de abril de 2022]. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/definicion/home.htm>
2. Ministerio de Igualdad. Contexto - Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género [Internet]. [citado 23 de abril de 2022]. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/marcolInternacional/ambitoInternacional/ONU/Contexto/home.htm>
3. OMS. Violencia contra la mujer [Internet]. 2014 [citado 23 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
4. ONU. Conferencias mundiales sobre la mujer [Internet]. [citado 23 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>
5. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. [Internet]. Jefatura del Estado, 2004. Disponible en: [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/definicion/pdf/LEY\\_ORGANICA\\_1\\_2004contraviolencia.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/definicion/pdf/LEY_ORGANICA_1_2004contraviolencia.pdf)
6. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Estudio sobre el tiempo que tardan las mujeres víctimas de violencia de género en verbalizar su situación [Internet]. 2017 [citado 24 de abril de 2022]. Disponible en: [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2019/pdfs/Estudio\\_Tiempo\\_Denuncia4.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2019/pdfs/Estudio_Tiempo_Denuncia4.pdf)
7. Velasco Arias S. Sexos, género y salud. Teorías y métodos para la práctica clínica y programas de salud. Madrid: Minerva Ediciones; 2009.
8. Escribá Agüir V, Fons Martínez J. Guía de ayuda contra la violencia de género [Internet]. Generalitat Valenciana: Conselleria de Sanitat; 2011 [citado 23 de abril de 2022]. Disponible en: [http://www.sp.san.gva.es/biblioteca/publicacion\\_dgsp.jsp?cod\\_pub\\_ran=98811](http://www.sp.san.gva.es/biblioteca/publicacion_dgsp.jsp?cod_pub_ran=98811)
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género: Comisión

- contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2007 [citado 23 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gl/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>
10. Federación Española de Municipios y Provincias. Guía para Sensibilizar y Prevenir desde las Entidades Locales la Violencia contra las Mujeres [Internet]. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: Área de Igualdad; 2007 [citado 2 de mayo de 2022]. Disponible en: [http://femp.femp.es/files/566-185-archivo/Guia%20para%20sensibilizar%20y%20prevenir%20desde%20las%20entidades%20locales%20la%20violencia%20contra%20las%20mujeres\\_%20vers.espa%C3%B1ol.pdf](http://femp.femp.es/files/566-185-archivo/Guia%20para%20sensibilizar%20y%20prevenir%20desde%20las%20entidades%20locales%20la%20violencia%20contra%20las%20mujeres_%20vers.espa%C3%B1ol.pdf)
  11. Castelló M., Fernández de Sanmamed MJ, García J, Mazo MV, Mendive JM. Atención a las personas con malestar emocional relacionado con condicionantes sociales en Atención Primaria de Salud [Internet]. Barcelona: Fòrum Català d'Atenció Primària; 2016 [citado 2 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Atencion-personas-malestar-emocional.pdf>
  12. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta [Internet]. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2008. 610-675 p. Disponible en: [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf)
  13. World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013;310(20):2191-2194. doi:10.1001/jama.2013.281053.
  14. Morejón AJV, García-Bóveda RJ, Jiménez RVM. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. [Internet] 2004;22 (2):247-55. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/28098338\\_Escala\\_de\\_autoestima\\_de\\_Rosenberg\\_Fiabilidad\\_y\\_validez\\_en\\_poblacion\\_clinica\\_espanola](https://www.researchgate.net/publication/28098338_Escala_de_autoestima_de_Rosenberg_Fiabilidad_y_validez_en_poblacion_clinica_espanola).
  15. de Miguel V. Macroencuesta de Violencia contra la Mujer [Internet]. 2015 [citado 8 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro\\_22\\_Macroencuesta2015.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf)
  16. Mella R, Soto P, Castillo P. Las diosas sometidas: Encuentros afectivos-participativos y sus efectos en el self. (Tercera parte). *Cienc Soc*. 2015;40(1):133-70.
  17. Soto P, Lanfranco J, Pérez L. Me transformo: efectos de los talleres psicoeducativos y clínicos en mujeres víctimas de abuso psicológico en República Dominicana. *Cienc Soc*. 2018;43(1):51-72.



# Impacto del modelo de gestión de casos en salud mental en la mejora de los indicadores de atención de salud

Impact of the mental health case management model on the improvement of health care indicators

María Rosario Valera Fernández<sup>1</sup>, Laura Ojeda Díaz<sup>1</sup>, Jorge David Jiménez Jiménez<sup>1</sup>,  
María Roviralta Vilella<sup>1</sup>, Regina Carreras Salvador<sup>2</sup>

1. Programa PSI. Instituto de Salud Mental del Hospital del Mar. Hospital del Mar de Barcelona. Barcelona, España.

2. Cap de Procés de Comunitaria. Instituto de Salud Mental del Hospital del Mar. Hospital del Mar de Barcelona. Barcelona, España.

Contacto: María Rosario Valera Fernández, psisantmarti@psmar.cat

Fecha de recepción: 13 de junio de 2023 / Fecha de aceptación: 26 de septiembre de 2023

## Resumen

**Introducción:** El modelo de gestión de casos en salud mental surge como una alternativa a la hospitalización con el objetivo de garantizar la eficacia terapéutica, de facilitar la accesibilidad y de coordinar las actuaciones de los diversos profesionales; todo ello con coherencia hacia el proyecto terapéutico individual.

**Objetivo:** Evaluar el impacto del modelo de gestión de casos en salud mental en cuanto a los indicadores de atención de salud de número de visitas a urgencias, número de ingresos hospitalarios y días de hospitalización en unidades de salud mental los tres años previos a la vinculación al Programa de Soporte Individualizado (PSI) y durante el tiempo de intervención de dicho servicio.

**Metodología:** Estudio cuantitativo de tipo descriptivo retrospectivo, formado por 128 usuarios.

**Resultados:** Se encontraron diferencias estadísticamente significativas sobre el número de visitas a urgencias, número de ingresos hospitalarios y días de hospitalización. Conclusiones: La intervención comunitaria en gestión de casos complejos en salud mental reduce la estancia hospitalaria.

**Palabras clave:** gestión de casos, enfermería de salud mental, urgencias, hospitalización, enfermedad mental.

## Abstract

**Introduction:** Case management model in mental health is an alternative to hospitalization in order to guarantee the therapeutic efficacy, facilitating accessibility and coordination of the professionals' interventions; all this with coherence towards the individual therapeutic project.

**Objective:** To evaluate the impact of the case management model in terms of mental health care indicators as the number of visits to emergency devices, number of hospitalizations and days of hospitalizations in mental health devices in the three years prior admission in Individualized Support Program (ISP) and during intervention time of this service.

**Methodology:** Quantitative retrospective and descriptive study, including 128 users.

**Results:** Statistically significant differences were found on the number of visits to emergency devices, number of hospitalizations and days of hospitalizations.

**Conclusions:** Community intervention in the complex cases management in mental health reduces the hospital stay

**Keywords:** case management, mental health nursing, emergencies, hospitalization, mental illness.

## Introducción

El modelo de gestión de casos surge a finales de los años 70 en EE. UU. como una alternativa a la hospitalización, poniendo el énfasis en la evaluación de necesidades de la persona atendida, ya que establece los servicios adecuados y su coordinación, así como la

garantía de la continuidad del tratamiento entre los servicios.

Los programas de gestión de casos introducen un cambio cultural y organizativo. Se determinan las prestaciones más adecuadas a cada persona y en cada momento, con el objetivo de garantizar la eficacia

terapéutica, de facilitar la accesibilidad y de coordinar las actuaciones de los diversos profesionales; todo ello con coherencia hacia el proyecto terapéutico individual. Los resultados de los estudios llevados a cabo apuntan que los programas de gestión de casos reducen la gravedad de la sintomatología y las hospitalizaciones (llegando a ser dicha reducción del 55%)<sup>1,2</sup>, incrementan las hospitalizaciones de tipo voluntario, la autonomía de la persona, aumentan el uso de los dispositivos comunitarios y la satisfacción de las personas y sus familias<sup>3,4</sup>.

El Plan de Soporte Individualizado (PSI) es un modelo de gestión de casos individualizados en salud mental y adicciones en Cataluña, implicando una estrategia de intervención asistencial comunitaria. A partir de una valoración individualizada de las necesidades de la persona se determinan los recursos y servicios (sanitarios, sociales, laborales) que pueden suponer un beneficio para la persona, implicándola en la toma de decisiones. Las enfermeras que trabajan en el programa PSI han reemplazado el entorno institucional tradicional (sala de hospital o centro comunitario de salud mental) con el entorno propio del usuario (casa o espacios públicos). Este cambio requiere un enfoque y un conjunto de habilidades diferentes, ya que el eje de la enfermera-paciente es la interacción en el propio entorno de la persona<sup>5</sup>.

El servicio va dirigido a personas a partir de los 17 años con un trastorno mental grave y/o adicciones, con o sin uso de sustancia persistente en el tiempo, que comporta una repercusión significativa en su

funcionamiento global y que presenta dificultades graves de vinculación a los recursos asistenciales, o bien hace un uso inadecuado, ya sea por defecto o exceso. Esta desvinculación se da por las dificultades de accesibilidad a los servicios y su fragmentación, por mala adherencia al tratamiento y porque regularmente presentan situaciones de riesgo por razón de descompensaciones psicopatológicas. También va dirigido a personas con sintomatología resistente al tratamiento convencional y con falta de confianza en la red de atención a la salud mental y adicciones, y a personas con escaso soporte familiar y social, que están en riesgo de exclusión, y que no saben o no pueden desarrollar habilidades para conservar el funcionamiento sociolaboral<sup>6,7</sup>.

El PSI articula e integra las intervenciones necesarias en cada caso individual a través de la figura de la gestora de casos, que es la persona encargada de coordinar, integrar y asignar atención individualizada a personas con un trastorno de salud mental mediante una perspectiva de atención comunitaria, según el paradigma de recuperación y de toma de decisiones con la persona atendida, su familia o el entorno más cercano y los diferentes profesionales que están implicados en el caso<sup>8</sup> (figura 1). La relación terapéutica es la herramienta principal de trabajo del gestor de casos. Se realiza una propuesta asistencial focalizándose en mejorar la accesibilidad, la valoración de necesidades y la intervención desde la proximidad que conlleva a la persona atendida, ya sea en su domicilio, en un espacio comunitario o en un centro asistencial<sup>7,9</sup>.

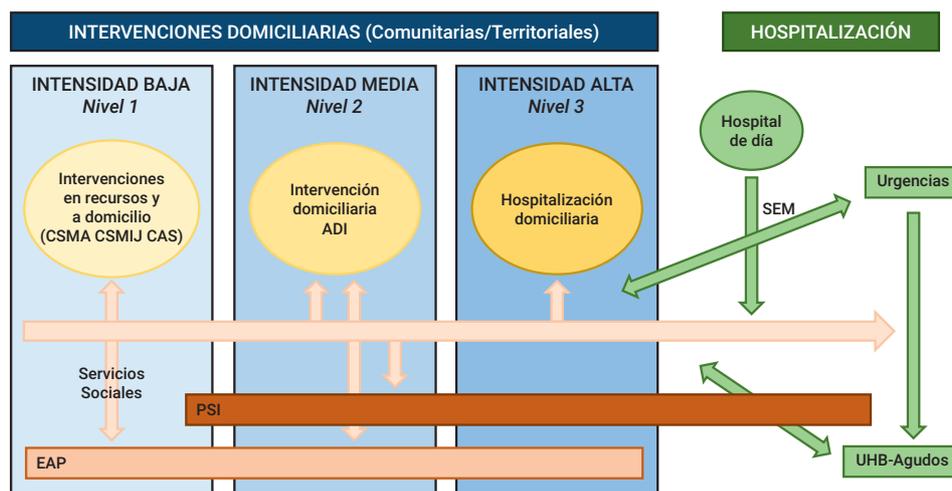


Figura 1. Mapa de relación Intervenciones domiciliarias comunitarias.

Dentro de la propuesta de la cartera de servicios del PSI, se detallan los siguientes pasos que se establecen en la intervención con la persona atendida<sup>8</sup>:

- Valoración de inclusión de casos en el programa según los criterios establecidos: personas mayores de 17 años que presenten su trastorno de salud mental (se excluyen las personas con un diagnóstico primario de abuso de sustancias, discapacidad intelectual o trastorno mental orgánico) y en las que exista una desvinculación o utilización inadecuada de la red de salud mental con una importante repercusión social.
- Flexibilidad en la intensidad y el tipo de intervención según las necesidades de cada persona.
- Trabajo proactivo para la vinculación y plena accesibilidad de la persona al programa y al resto de servicios implicados en su atención.
- Valoración y diagnóstico de las necesidades de atención de la persona, con su participación, la de su entorno cercano y la de los agentes que intervienen en el proceso de atención. Se realiza a través del cuestionario Camberwell para la evaluación de necesidades (CAN).
- Elaboración, ejecución y evaluación continuada del Plan de Atención Individual, de manera consensuada con la persona atendida, para favorecer su empoderamiento, con el entorno cercano y con los agentes que intervienen en el proceso de atención.
- Atención y seguimiento con intervenciones centradas en el contacto directo, regular y frecuente con las personas usuarias, su entorno cercano, actuando en el mismo lugar donde se detecta la necesidad de actuación y promoviendo la autonomía de la persona usuaria.
- Trabajo en red con coordinación continuada, formal e informal, a demanda de cualquiera de las partes.
- Proceso de cierre y desvinculación del programa, trabajo con la persona atendida sobre los objetivos conseguidos, con el entorno cercano y los profesionales y servicios que intervienen, asegurando la continuidad de la asistencia al alta.
- Dar soporte en la atención domiciliaria para asegurar la vinculación al resto de la red de salud mental y adicciones.

Las enfermeras que trabajan en el programa PSI han reemplazado gradualmente el entorno institucional tradicional de atención a la salud, en favor de entornos que sean más familiares para la persona. Es necesario, por ello, valorar las intervenciones que se están

realizando. Con este estudio se pretende conocer la efectividad, en términos de indicadores de atención en salud, que el programa PSI puede presentar.

El objetivo de este estudio es evaluar el impacto del modelo de gestión de casos en salud mental en cuanto a los indicadores de atención de salud: número de visitas a urgencias, número de ingresos hospitalarios y días de hospitalización en unidades de salud mental, en los tres años previos a la vinculación al PSI y durante el tiempo de intervención de dicho servicio.

### Metodología

Se trata de una investigación cuantitativa de tipo descriptivo retrospectivo, cuyos datos se recopilaban a través de las historias clínicas entre los años 2012 y 2022. La muestra la formaron las 128 personas usuarias que habían sido incluidas en el servicio del PSI del Hospital del Mar de Barcelona entre los años 2012 y 2022, cubriendo tres áreas geográficas de intervención: el distrito de Sant Martí en Barcelona, la ciudad de Santa Coloma de Gramenet, y el barrio La Mina en Sant Adrià del Besòs.

Las variables que se han utilizado en el presente estudio son referentes a la utilización de servicios de salud, y siempre teniendo presente el periodo antes de inclusión en el programa PSI y durante su vinculación al mismo. Las variables estudiadas son las siguientes:

- *Número de urgencias*: visitas a los servicios de urgencia de salud mental realizadas por las personas objetas del estudio. Operacionalmente es el número de visitas realizado.
- *Número de ingresos*: ingresos realizados en unidades de salud mental, con independencia del tipo de unidad. A nivel operacional se mide con el número de ingresos realizado.
- *Días de hospitalización en unidades de estancia breve*: ingresos realizados en unidades de estancia breve, pudiendo ser unidades de agudos, unidades de patología dual o unidades de hospitalización domiciliaria. Operacionalmente es el tiempo en días en este tipo de hospitalización.
- *Días de hospitalización en unidades de media y larga estancia*: ingresos realizados en unidades de subagudos, alta dependencia psiquiátrica o media y larga estancia. A nivel operacional es el tiempo calculado en días en las unidades de hospitalización referidas.

Toda la información se obtuvo desde el programa IMASIS (IMAS Informatic Systems) del Hospital del Mar de Barcelona tras la revisión de las historias clínicas de las personas incluidas en el programa PSI; desde ahí se estableció una base de datos en formato Excel, donde los datos de cada usuario quedan pseudoanonimizados. La extracción de datos ha sido realizada por cuatro de los profesionales participantes en este estudio, quedando una persona para la revisión de posibles incongruencias u olvidos en los registros. Dadas las características de las variables analizadas, al ser datos cuantitativos descriptivos, no se describen sesgos de selección, información o de confusión que puedan influir en el resultado del presente estudio.

Para el análisis estadístico inicial, se exploraron todos los datos para detectar valores extremos y se describieron las variables cuantitativas mediante la media aritmética y su correspondiente desviación estándar. Se realizó una descripción estadística de las variables de estudio y una prueba t de Student para muestras aparejadas, y el tamaño de efecto a través de la d de Cohen, mediante el programa SPSS (versión 25).

Esta investigación cuenta con la aprobación del Comité de Ética CEIm-Parc de Salut Mar con núm. 2023/11058.

## Resultados

El tamaño muestral fue de 128 personas usuarias, cuya edad media fue de 40.66 años (DE 12.25) con

una representación femenina muy similar a la masculina (48.4 % y 51.6 % respectivamente). El 81.3 % no tenían pareja. En cuanto a la situación laboral, el 77.3 % eran pensionistas (el 52.3 % con invalidez reconocida y el 25.0 % por una incapacidad laboral) y un 18.0 % se encontraba en situación de desempleo. Como variable clínica, el diagnóstico predominante fue el de esquizofrenia junto a otros trastornos psicóticos, con un 63.5 %, seguido de un 20.31 % de trastornos afectivos.

En cuanto a los resultados obtenidos sobre el número de visitas a urgencias, se ha encontrado que la media de visitas en los tres años previos a PSI ha sido de 4.52 y durante PSI de 1.54; en cuanto al número de ingresos hospitalarios, se ha encontrado que la media de ingresos en los tres años previos a PSI ha sido de 1.90 y durante PSI de 0.79; y en cuanto a días de hospitalización en unidades de salud mental en los tres años previos a la vinculación al PSI, la media ha sido de 31.25 en unidad de estancia breve y de 60.48 en unidades de media-larga estancia, mientras que durante el tiempo de intervención de PSI la media ha sido de 13.13 en unidades de estancia breve y de 52.04 en unidades de media-larga estancia. En todos los indicadores, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.001$ ), reflejadas en la tabla 1.

Este modelo de gestión de casos en salud mental tiene un tiempo medio de intervención con cada persona de 21.88 meses (DE  $\pm$  14.94).

|  |             | n   | z     | Desviación estándar (DE) | Significación estadística (p) | Tamaño del efecto (d de Cohen) |
|--|-------------|-----|-------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Nº urgencias previas al PSI                              |             | 128 | 4.52  | 8.45                     | < 0.001                       | 0.371                          |
| Nº urgencias durante PSI                                 |             | 128 | 1.54  | 4.25                     |                               |                                |
| Nº ingresos previos al PSI                               |             | 128 | 1.9   | 2.41                     | < 0.001                       | 0.456                          |
| Nº ingresos durante PSI                                  |             | 128 | 0.79  | 1.42                     |                               |                                |
| Días hospitalización en unidades de estancia breve       | Previos PSI | 128 | 31.25 | 40.14                    | < 0.001                       | 0.439                          |
|  | Durante PSI |     | 13.13 | 26.83                    |                               |                                |
| Días hospitalización en unidades de media larga estancia | Previos PSI | 128 | 60.48 | 111.21                   | < 0.001                       | 0.325                          |
|  | Durante PSI |     | 20.86 | 52.04                    |                               |                                |

PSI: Programa de Soporte Individualizado

Tabla 1. Media, DE, significación estadística y tamaño del efecto de los indicadores de atención de salud antes y después de la vinculación al PSI

## Discusión

Durante el tiempo de intervención del programa PSI, se ha reducido en un 65 % el número de visitas a urgencias, en un 58 % los ingresos hospitalarios, en otro 58 % los días de hospitalización en unidades de estancia breve y en el 65 % en unidades de mediana estancia.

Estos resultados son congruentes con la literatura disponible. Por ejemplo, el estudio de Anglès y colaboradores<sup>3</sup> refleja una reducción del 31 % de los ingresos hospitalarios en el momento del alta del programa PSI, y en el estudio de Álvarez y colaboradores<sup>6</sup>, se observó una reducción del 70 % en el número de ingresos hospitalarios durante la intervención del PSI y del 50 % el año posterior al alta del programa, observándose no sólo una disminución significativa de los ingresos, sino que el impacto siguió siendo significativo el primer año después de que los pacientes fueron dados de alta. En futuras líneas de investigación adherentes a este estudio, se recogerán y analizarán los datos correspondientes al periodo de seguimiento posterior al alta del programa PSI donde analizar si la reducción del número de ingresos hospitalarios y los días de estancia se mantienen reducidos en el tiempo.

Cabe considerar entre las limitaciones de nuestro estudio las inherentes a un estudio retrospectivo, pudiendo estar sujeto a varios sesgos relacionados con la necesidad de ajuste de variables de confusión como, por ejemplo, la falta de grupo control o el hecho de que sean los profesionales del mismo equipo los que realicen las valoraciones de los usuarios en los diferentes seguimientos. Así mismo, la ausencia del cálculo del tamaño muestral impide determinar que los resultados sean significativos.

Los autores declaran que no presentan conflictos de intereses. Todos los datos se tratan de conformidad con la legislación vigente relativa a la protección de la confidencialidad y el anonimato de los datos.

Como implicaciones para la práctica, el modelo de gestión de casos supone un nuevo paradigma de atención en el que enmarcar los proyectos y acciones a impulsar para avanzar hacia una atención transversal, de calidad y sostenible dirigida a las personas que padecen una enfermedad mental.

## Conclusiones

De los resultados se puede desprender que la intervención comunitaria de enfermería en gestión de casos complejos en salud mental centrada en el cuidado holístico de la persona reduce la estancia hospitalaria. Asimismo, futuras investigaciones se centrarán en explorar que otros posibles factores pueden estar influyendo en los resultados obtenidos.

Los autores declaran que no presentan conflictos de intereses.

## Bibliografía

1. Carlson Aburto J, Balsera Gómez J, Lalucat Jo L, Teixidó Casas M, Berruezo Ortiz M, Ureña Hidalgo T. Perfil de los usuarios de dos programas de gestión de casos para la atención a pacientes con trastornos mentales severos (TMS): el Programa de Seguimiento Individualizado (PSI-TMS) vs. el Programa de Atención Específica (PAE-TMS). *Rev. Rehabil. Psicosoc.* 2008; 2(5): 9-16.
2. Díaz Fernández S, Frías Ortiz DF, Fernández Miranda JJ. Estudio en imagen en espejo (10 años de seguimiento y 10 de pretratamiento estándar) de ingresos hospitalarios de personas con esquizofrenia grave en un programa comunitario con gestión de casos. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2022; 15(1): 47-53
3. Anglès J, Mas-Expósito L, Casamada I, Cebrià I, Lozano Y, San Emeterio M, Teixidó M, Lalucat-Jo L. Evaluación del Plan de Servicios Individualizado tras diez años de funcionamiento en dos distritos de Barcelona. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2018; 38(134):401-417
4. Clausen H, Landheim A, Odden S, Šaltytė Benth J, Heiervang KS, Stuen HK, Killaspy H, Ruud T. Hospitalization of high and low inpatient service users before and after enrollment into Assertive Community Treatment teams: a naturalistic observational study. *Int J Ment Health Syst.* 2016;10:14
5. Díaz Fernández S. La enfermera especialista en salud mental en la gestión del caso de una paciente con esquizofrenia grave. *Enferm Clin.* 2021, <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.05.002>
6. Álvarez MJ, Roura-Pochs P, Martín A, Pons J, Santos JM, Foguet-Boreu Q et al. Impacto de un programa de gestión intensiva de casos en los ingresos psiquiátricos. *Psicosom. Psiquiatr.* 2020;15:16-20.
7. Townsend MC. *Essentials of psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice.* FA Davis, 2013.
8. Plan Director de Salud Mental y Adicciones. *Estrategias de salud mental y adicciones 2017-2020.* Barcelona: Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya.
9. Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin.* 2017; 43(4): 698-700



# Intervención enfermera: acompañando en la comunidad tras un ingreso hospitalario en Nou Barris (Barcelona)

Nursing intervention: Accompanying in the community after a hospital admission in Nou Barris, Barcelona

**Aïda Navarro Jardí, Raquel Querol Girona, Helena Batlle Lleal, Laura Molina Martínez, Alejandro Marieges Gordo**

Fundació Centre Higiene Mental Nou Barris. Barcelona, España.

Contacto: Aïda Navarro Jardí: aida.navarro@csm9b.com

Fecha de recepción: 4 de septiembre de 2023 / Fecha de aceptación: 6 de octubre de 2023

## Resumen

**Introducción:** La prevalencia del trastorno mental está aumentando, lo que conlleva un mayor número de ingresos hospitalarios en las unidades de agudos y subagudos. La continuidad asistencial para las personas que sufren un trastorno mental es muy importante, ya que favorece el bienestar y el funcionamiento de las personas usuarias, facilita la efectividad de los servicios y permite dar una respuesta a las necesidades de las personas afectadas de un trastorno mental. Se observa una dificultad de coordinación entre los dispositivos, presentando un alto consumo de recursos con un elevado número de reagudizaciones e ingresos, y no existen programas de continuidad de cuidados en la comunidad.

**Metodología:** Se plantea un estudio piloto de diseño cuantitativo con una evaluación pre y post de una intervención enfermera para acompañar a la persona usuaria desde el alta hospitalaria hasta el paso a la comunidad, ofreciendo nuestro acompañamiento en todas las necesidades que presente.

**Resultados:** Antes del inicio de la intervención, el 20 % de las personas usuarias que eran dadas de alta no acudían a las visitas posalta programadas con sus referentes en el CSMA. Desde el inicio de la intervención, el 1 de marzo de 2022, se ha conseguido disminuir este absentismo en un 10 %.

**Conclusiones:** Realizar un primer acompañamiento en el entorno natural de la persona después de un ingreso hospitalario se relacionó con una disminución del absentismo en un 10 %, además de garantizar la continuidad asistencial, favorece un mayor vínculo con el centro de salud mental y así previene la desvinculación.

*Palabras clave:* salud mental, continuidad de cuidados, centros de salud mental, atención especializada, investigación cuantitativa, Cataluña.

## Abstract

**Introduction:** The prevalence of mental disorders is increasing leading to a higher number of hospital admissions in acute and subacute units. Continuity of care for people suffering from a mental disorder is very important, since it favors the well-being and functioning of patients, facilitates the effectiveness of services and allows a response to the needs of people affected by a mental disorder. There is a difficulty of coordination between devices presenting a high consumption of resources with a high number of exacerbations and admissions and there are no programs of continuity of care in the community.

**Methodology:** We propose a pilot study of quantitative design with a pre and post evaluation of a nursing intervention to accompany the user from hospital discharge to the community offering our accompaniment in all the needs that he/she presents.

**Results:** Before the start of the intervention, 20 % of the users who were discharged did not attend the post-discharge visit scheduled with their referents at the CSMA. Since the start of the intervention, on March 1, 2022, this absenteeism has been reduced by 10 %.

**Conclusions:** Performing a first accompaniment in the person's natural environment after a hospital admission was related to a 10 % decrease in absenteeism, in addition to guaranteeing continuity of care, favoring a greater bond with the mental health center and thus preventing disengagement.

*Keywords:* mental health, continuity of care, mental health centers, specialized care, quantitative research, Catalonia.

## Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de cada cuatro personas sufrirá algún tipo de trastorno mental a lo largo de la vida<sup>1</sup>.

Datos de la Encuesta de Salud de Cataluña del 2020 recogen que, en población adulta, el 26.6 % de las mujeres y el 19.2 % de los hombres sufren depresión, ansiedad u otro trastorno mental. La misma encuesta expone que la probabilidad de que niños y jóvenes de clases sociales menos favorecidas sufran un problema de salud mental aumenta de manera significativa en el mismo periodo<sup>2</sup>.

En la atención especializada en salud mental, la prevalencia del trastorno mental en la población adulta es del 2.8 %, y el 37 % de las personas atendidas en los centros de salud mental de adultos (CSMA) presentan un trastorno mental severo<sup>1</sup>.

La prevalencia del trastorno mental está aumentando, conllevando un mayor número de ingresos hospitalarios en las unidades de agudos y subagudos. La continuidad asistencial para las personas que sufren un trastorno mental es muy importante, ya que favorece el bienestar y el funcionamiento de las personas usuarias, facilita la efectividad de los servicios y permite dar una respuesta a las necesidades de las personas afectas de un trastorno mental<sup>3</sup>. Según un estudio realizado en Perú por Diez-Canseco *et al.*, donde un gestor de casos monitorea a cada persona usuaria del programa de continuidad de cuidados y rehabilitación, que se encarga de acompañarlo y garantizar su atención dentro y fuera del CSMA, en el marco de un plan de continuidad de cuidados individualizados, concluye que es necesario realizar este acompañamiento desde el alta hospitalaria hasta la comunidad y que está aceptado por los agentes involucrados, existiendo una satisfacción general con el programa<sup>4</sup>.

En el 2020, en los CSMA de Nou Barris, había incluidos en el programa Trastorno Mental Severo (TMS) un total de 1808 personas usuarias: 956 en el CSMA Norte y 852 en el CSMA Sur, lo que supone un incremento total respecto al 2018 del 13.3 %.

Se observa una dificultad de coordinación entre los dispositivos y las personas usuarias reciben una atención parcelada, presentando un alto consumo de recursos con un elevado número de reagudizaciones e

ingresos, y no existen programas de continuidad de cuidados en la comunidad<sup>3</sup>. Es por dicho motivo que nos planteamos qué podíamos hacer para que las personas usuarias, tras un alta hospitalaria, acudieran a la visita posalta y reducir el absentismo, favoreciendo una buena vinculación con el centro. La continuidad asistencial y el paso a la atención comunitaria es algo innovador, por lo que hemos puesto en marcha una intervención enfermera para acompañar a la persona usuaria desde el alta hasta el paso a la comunidad, desde una atención cercana en el domicilio.

El objetivo principal del proyecto es implementar un protocolo enfermero para favorecer la transición del ingreso hospitalario a la atención comunitaria, realizando las visitas posalta de las unidades de agudos y subagudos en el domicilio de las personas atendidas en el distrito de Nou Barris.

## Material y métodos

### *Diseño del estudio*

Se plantea un estudio piloto de diseño cuantitativo con una evaluación pre- y posintervención.

### *Participantes*

El distrito de Nou Barris de Barcelona está formado por trece barrios, alguno de los cuales con uno de los índices más elevados de pobreza de Barcelona. Tiene una población censada de 168 327 personas. La Fundación Centre Higiene Mental de Nou Barris está formada por dos centros de salud mental, donde se atiende, bajo un modelo comunitario, a las personas con problemas de salud mental del distrito.

Los participantes son personas usuarias mayores de 18 años de edad que han sido dadas de alta de la unidad de agudos y de subagudos del Hospital San Rafael y La Mercè.

La puesta en marcha se realiza en el Centro de Salud Mental Nou Barris Nord, que ofrece atención psicológica, atención psiquiátrica y atención social a la población adulta que reside en la zona norte del distrito de Nou Barris: La Guineueta, Roquetes, Cañellas, Trinitat Nova y Ciudad Meridiana-Torre Baró-Vallbona.

Para poder llevar a cabo la intervención nos planteamos los siguientes criterios de inclusión: personas usuarias mayores de 18 años que hayan sido dadas de alta de las unidades de agudos y subagudos en los 7 días previos a la visita posalta y con capacidad para consentir; como criterios de exclusión: personas usuarias menores de 18 años que hayan sido dadas de alta de otras unidades hospitalarias y que vivan fuera del distrito, pero que mantienen vinculación con su área básica de salud en el distrito.

### **Variables del estudio**

#### *Variables sociodemográficas*

La edad de cada participante, género y dirección se extrajeron del Ekon (programa informático del CSMA Nou Barris) y se comprobó con la que consta en el informe que nos facilitan de dichas unidades.

#### *Variables clínicas*

El grado de cumplimiento a las citas de visita posalta con el CSMA, se extrajo del mismo programa, donde se les facilitan hasta dos visitas con su psiquiatra o con su enfermera. La asistencia se mide como acude/no acude.

#### *Recogida de datos*

La recogida de datos se ha realizado por parte de las enfermeras responsables de la intervención, con los datos de visitas posalta que constan del 2020-2021. Se ha dividido en dos periodos: el periodo preintervención, donde se recogió, a través de los datos del programa informático del centro con soporte de un Excel, cuántas personas usuarias asistían o no a las visitas posalta, así como las variables sociodemográficas reflejadas en el programa informático, y el periodo posintervención, donde se recogió, de nuevo a través del programa y el Excel, cuántas personas usuarias habían acudido o no a la visita posalta.

### **Intervención de enfermería**

La intervención de enfermería consta de 3 fases:

#### *Fase 1*

- Análisis estadístico de las VPA realizadas por enfermería en 2020-2021.
- Se reserva espacio en la agenda de las enfermeras 3 días a la semana, 1.5 horas.

- Se informa a las unidades de hospitalización de la zona Barcelona Nord.
- A las personas ingresadas se les informa desde la unidad que la VPA es en el domicilio.

#### *Fase 2*

- Las enfermeras contactan con la persona afectada para confirmar la visita.
- Tras la visita, se le facilitan las visitas de seguimiento con sus referentes en el CSMA.

#### *Fase 3*

- Pasados 3 meses de la VPA, se contacta telefónicamente con la persona para valorar la eficacia de la intervención.
- Se realiza un seguimiento administrativo de las agendas de los profesionales referentes para comprobar si la persona ha acudido a la visita.

#### *Aspectos éticos*

Se ha realizado un protocolo de estudio donde se describe que el proyecto sigue la Declaración de Helsinki y sus últimas actualizaciones sobre los principios éticos para las investigaciones médicas de seres humanos<sup>5</sup>, y no se ofrecen imágenes de personas que puedan ser identificadas.

Además, las enfermeras responsables de realizar la visita posalta en el domicilio facilitaron un consentimiento informado a cada participante y/o a su tutor o tutora legal.

### **Resultados**

Antes del inicio de la intervención, observamos que el 20 % de las personas usuarias que eran dadas de alta no acudían a las visitas posalta programadas con sus referentes en el CSMA. Desde su inicio, el 1 de marzo de 2022, se ha conseguido disminuir este absentismo en un 10 %.

Por el contrario, cuando solo hay una enfermera de las dos que llevan a cabo la intervención y se realiza la VPA en el CSMA, hemos observado que el absentismo aumenta de manera significativa.

De este modo, podemos decir que las personas usuarias visitadas en el domicilio se vinculan en su totalidad al CSMA.

## Discusión y conclusiones

Al tratarse de una intervención piloto no podemos comparar los resultados obtenidos con el estudio de investigaciones previas.

Ha disminuido el absentismo en un 10 %, lo que sugiere que realizar un primer acompañamiento en el entorno natural del paciente después de un ingreso hospitalario garantiza la continuidad asistencial, favorece un mayor vínculo con el centro de salud mental y la no desvinculación.

Desde marzo de 2023, la intervención se inició también en el CSMA Nou Barris Sur, por lo que, en un futuro, se evaluará su eficacia y se comparará si hay diferencias entre los dos centros.

## Bibliografía

1. Plan director de salud mental y adicciones: estrategias 2017-2020. Scientia [Internet]. 2017 [citado el 20 de mayo de 2023]; Disponible en: <http://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3986>
2. Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña, Agencia de Información A i Q en S. Informe de Salud de Cataluña 2020;67-71. [Internet]. 2020 [citado el 20 de mayo de 2023]; Disponible en: [https://salutweb.gencat.cat/web/\\_content/\\_departament/estadistiques-sanitaries/dades-de-salut-serveis-sanitaris/Informe-de-salut-de-Catalunya/informe-salut-2020.pdf](https://salutweb.gencat.cat/web/_content/_departament/estadistiques-sanitaries/dades-de-salut-serveis-sanitaris/Informe-de-salut-de-Catalunya/informe-salut-2020.pdf)
3. López Gómez D. Continuidad de cuidados y desarrollo de sistemas de apoyo comunitario: atención a personas con trastorno mental severo en el medio rural. [Internet]. 2006.[citado el 20 junio de 2023]; Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-psicosocial-272-articulo-continuidad-cuidados-desarrollo-sistemas-apoyo-13102378>
4. Diez-Canseco F, Rojas-Vargas J, Toyama M, Mendoza M, Cavero V, Maldonado H, Caballero J, Cutipé Y. Estudio cualitativo sobre la implementación del Programa de continuidad de cuidados y rehabilitación para personas con trastornos mentales graves en el Perú. *Rev Panam Salud Publica*. 2020 Dec 14;44:e134. [citado el 20 junio de 2023]; Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52978/v44e1342020.pdf?sequence=1&Allowed=y>
5. World Medical Association (WMA). Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet]. 2020. [citado el 20 junio de 2023] Disponible en: <https://www.wma.net/es/politicas-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicinas-en-seres-humanos/>



ASOCIACIÓN  
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA  
DE SALUD MENTAL

## **REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL (SPANISH JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING)**

La **REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL** es el órgano de difusión de la producción científica de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME), de aparición semestral. Es de acceso abierto para todos aquellos particulares, profesionales de la salud e instituciones que estén suscritas a esta publicación periódica.

La **REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL** es una revista especializada en cuidados enfermeros de salud mental de acceso abierto. Es una revista electrónica especializada en cuidados enfermeros de salud mental orientados a individuos, familias y grupos sociales del espacio iberoamericano, anglosajón y luso, lo que permite a los profesionales estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento enfermero y especialmente en la de enfermería de salud mental.

La **REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL** admite para su publicación diversos formatos para la difusión del conocimiento enfermero: artículos originales, revisiones, editoriales, cartas al director, metodología de investigación, instrumentos para el cuidado, etc., constituyendo una herramienta que satisface con sus contenidos de investigación avanzada, tanto desde el punto de vista clínico como gestor y docente, a las enfermeras especialistas en salud mental y a los profesionales de enfermería en general.

La **REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL** es un proyecto abierto, participativo, colaborativo, capaz de acoger cualquier innovación que suponga un avance en la investigación científica sobre los cuidados de salud mental. Los valores implícitos de esta publicación son el respeto a los principios éticos de la investigación, el rigor en los contenidos científicos, la transparencia en el proceso de selección de trabajos, la independencia editorial y el apoyo al desarrollo de la enfermería de salud mental.



ASOCIACIÓN  
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA  
DE SALUD MENTAL